

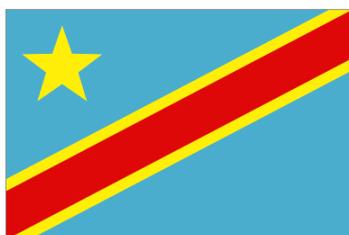
DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER

PROGRAMME SANTÉ RDC : PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LA VIOLENCE SEXUELLE (PLVS)

RDC

CODE DGD : NN 3016487

CODE NAVISION : RDC 14 191 11



LA COOPÉRATION
BELGE AU DÉVELOPPEMENT **.be**

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS.....	4
RÉSUMÉ	9
FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION	14
1 ANALYSE DE LA SITUATION.....	16
1.1 CONTEXTE GLOBAL	16
1.2 CONTEXTE SECTORIEL.....	18
1.3 LA VIOLENCE SEXUELLE.....	26
2 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES.....	35
2.1 LES PRINCIPES GÉNÉRAUX DU PROGRAMME SANTÉ.....	35
2.2 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES SPÉCIFIQUES POUR LE PLVS	40
3 PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE	49
3.1 OBJECTIF GÉNÉRAL	49
3.2 OBJECTIF SPÉCIFIQUE.....	49
3.3 RÉSULTATS ATTENDUS.....	49
3.4 ACTIVITÉS À METTRE EN ŒUVRE	54
3.5 INDICATEURS ET SOURCES DE VÉRIFICATION.....	66
3.6 ACTEURS INTERVENANT DANS LA MISE EN ŒUVRE.....	67
3.7 ANALYSE DES RISQUES	68
4 RESSOURCES	74
4.1 RESSOURCES FINANCIÈRES.....	74
4.2 RESSOURCES HUMAINES.....	76
4.3 RESSOURCES MATÉRIELLES	78
4.4 BUDGET	78
5 MODALITÉS D'EXÉCUTION.....	83
5.1 CADRE LÉGAL ET RESPONSABILITÉS	83
5.2 CYCLE DE VIE DE L'INTERVENTION.....	83
5.3 CADRE ORGANISATIONNEL POUR LE PILOTAGE ET LA MISE EN ŒUVRE	85
5.4 GESTION OPÉRATIONNELLE.....	91
5.5 ADAPTATION DU DTF	99

6 THÈMES TRANSVERSAUX.....	101
6.1 UNE APPROCHE BASÉE SUR LES DROITS HUMAINS.....	101
6.2 ENVIRONNEMENT.....	101
6.3 GENRE, DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS, DROITS DE L'ENFANT	102
7 ANNEXES.....	104
7.1 CADRE LOGIQUE.....	105
7.2 CHRONOGRAMME	117
7.3 TDR PERSONNEL LONG TERME	119
7.4 GENDER BUDGET SCAN.....	122

ABRÉVIATIONS

AEP	Agences d'exécution partenaires
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANG	Acteurs belges non-gouvernementaux
ARPN	Autorité de Réglementation Pharmaceutique Nationale
AS	Aire de santé
ASRAMES	Association Régionale d'Approvisionnements en Médicaments Essentiels
ASSNIP	Appui au Système de Santé du Niveau Intermédiaire et Périphérique
AT	Assistance Technique (ou Assistant Technique)
ATI	Assistant Technique International
ATN	Assistant Technique National
BAD	Banque Africaine au Développement
BCAF	Bureau Central d'Achats de la FEDECAME
BCZS	Bureau Central de la Zone de Santé
BM	Banque Mondiale
BPD	Bonnes Pratiques de Distribution
BPF	Bonnes Pratiques de Fabrication
CA	Conseil d'Administration
CAC	Comité d'Action Communautaire
CAG	Cellule d'Appui et de Gestion
CAG-f	Cellule d'Appui à la Gestion Financière
CAMEBASU	Centrale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels du Bandundu Sud (Kikwit)
CAMEKIS	Centrale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (Kisangani)
CAMENE	Centrale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels du Nord Équateur (Bwamanda)
CCSC	Centre de Connaissances Santé au Congo
CCT	Comité de Coordination Technique
CCVS	Centre for Children in Vulnerable Situations (Centre pour des Enfants dans des Situations Vulnérables)
CDF	Francs congolais
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CDR	Centrale de Distribution Régionale (de médicaments essentiels)
CDSMT	Cadre des Dépenses Sectorielles à Moyen Terme
CE	Commission Européenne

CGMP	Cellule de Gestion des Marchés Public
CNP-SS	Comité National de Pilotage du Secteur Santé
CODIR	Comité de direction
COGE	Comité de Gestion
COM	Convention de Mise en Œuvre
COSA	Comité de santé
CPN	Couverture prénatale
CPP	Comité Provincial de Pilotage
CS	Centre de Santé
CSU	Couverture Santé Universelle
CTB	Coopération Technique Belge
CTLM	Commission Technique de Lutte contre la Maladie
DAF	Direction de l'Administration et des Finances
DAF	Direction Administrative et Financière
DCE	Délégation de la Communauté Européenne
DCMP	Dépôt Central Médico-Pharmaceutique
DEP	Direction d'Etudes et de Planification du Ministère de la Santé
DGD	Direction Générale pour le Développement
DLM	Direction de Lutte contre la Maladie
DOGS	Direction de l'Organisation et de la Gestion des Services des soins de Santé
DPM	Direction de la Pharmacie, Médicaments et des Plantes Médicinales
DPS	Division Provinciale de la Santé
DSCR P	Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
DSSP	Direction des Soins de Santé Primaires
DTF	Dossier Technique et Financier
ECP	Equipe Cadre Provinciale
ECZS	Equipe cadre de zone de santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EPP	Encadreurs Provinciaux Polyvalents
ESP	Ecole de Santé Publique
ETD	Entités Territoriales Décentralisées
FBR	Financement basé sur le Résultat
FED	Fonds Européen pour le Développement
FEDECAME	Fédération des Centrales d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
FOSA	Formations sanitaires

GAVI-RSS	Global Alliance for Vaccines and Immunization – Renforcement du Système de Santé
GIBS	Groupe Inter Bailleurs Santé
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
GVT	Gouvernement de la RDC
HFG	Health Financing & Governance
HGR	Hôpital Général de Référence
I-PPTE	Initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés
IADM	Initiative pour l'Annulation de la Dette Multilatérale
ICRH	International Centre for Reproductive Health
IDH	Index de Développement Humain
INRB	Institut National de Recherches Biomédicales
IPS	Inspection Provinciale de la Santé
JICA	Japanese International Cooperation Agency
LNCQ	Laboratoire National de Contrôle Qualité
LNME	Liste Nationale des Médicaments Essentiels
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MHRA	Medicines and Healthcare products Regulatory Agency
MI	Moustiquaire imprégné
MICS	Multi Indicators Cluster Survey
MIP	Médecin Inspecteur Provincial
MOD	Maître d'ouvrage délégué
MonOp	Monitoring opérationnel trimestriel
MPS	Ministère Provinciale de Santé
MSF	Médecins Sans Frontières
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OS	Objectif Spécifique
PADP	Programme d'appui aux Divisions Provinciales de la Santé et les Zones de Santé
PADPDSS	Projet de renforcement du système de santé pour améliorer les résultats de santé maternelle et infantile (BM)
PAO	Plan d'Action Opérationnel / Plan Annuel Opérationnel
PAP	Programme d'Action Prioritaire
PAPNDS	Programme d'appui à la mise en œuvre du PNDS (10ème FED)

PARSS	Programme d'Appui au Renforcement du Système de Santé (BM)
PBF	Performance-Based Financing
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités (HGR)
PEP	Post-Exposure Prophylaxie
PIB	Produit Intérieur Brut
PIC	Programme Indicatif de Coopération
PLVS	Projet de Lutte contre la Violence Sexuelle
PMA	Paquet Minimum d'Activités (CS)
PNAM	Programme pour l'Approvisionnement en Médicaments
PNCNS	Programme National des Comptes Nationaux de la Santé
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire (2011-2015)
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PNLTHA	Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine
PNPMS	Programme National de Promotion des Mutuelles de Santé
PNSA	Programme National de la Santé des Adolescents
PNSM	Programme National de Santé Mentale
PNSR	Programme National de la Santé de la Reproduction
PNUD	Programme de nations unies pour le développement
PPDS	Plan Provincial de Développement Sanitaire
PPN	Politique Pharmaceutique Nationale
PPTTE	Pays Pauvres Très Endettés
PRAG	Practical Guide (Guide pratique de Gestion des Projets de l'UE)
PTF	Partenaire Technique et Financier
PTME	Prévention de la Transmission de Mère à l'Enfant
PVVIH	Patient vivant avec le VIH
RDC	République Démocratique du Congo
ReCo	Réseau Communautaire
RH	Ressources Humaines
RHS	Ressources Humaines en Santé
RIPSEC	Projet de Renforcement Institutionnel pour des Politiques de Santé basées sur l'Evidence en RD Congo
SANRU	Santé Rurale
SCRP	Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
SEP	Secrétariat Exécutif Permanent (de la FEDECAME)
SG	Secrétaire Général

SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SIS	Système informations sanitaires
SMCL	Structure Mixte de Concertation Locale
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SNAME	Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SNLVBG	Stratégie Nationale de Lutte contre les Violences Basées sur le Genre
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
STP	Secrétariat Technique Permanent
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats
TDR	Termes de Référence
UDP	Unité de Direction du Programme
UE	Union européenne
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence Internationale de Développement des États Unis d'Amérique
USD	United States Dollars
VBG	Violences basées sur le genre
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VS	Violence sexuelle
VVS	Victimes de violence sexuelle
ZS	Zone de Santé

RÉSUMÉ

I. Contexte

(i) Contexte générale

La République Démocratique du Congo (RDC) est classée au 187ème rang sur 188 pays aux termes de l'Indice de Développement Humain (IDH : 0,304). Le « Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté 2011-2015 » (DSCR 2) stipule que l'amélioration de l'état de santé des populations est un objectif à la fois économique et social de développement. L'objectif santé dans le DSCR 2 consiste à prodiguer des soins de santé primaires de qualité à toute la population et en particulier aux groupes vulnérables. L'article 47 de la Constitution de la RDC consacre la santé comme un des droits fondamentaux du peuple congolais. En 2006 le Ministère de la Santé Publique a édité la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS), à laquelle l'ensemble des partenaires a souscrit. Le système national de santé de la RDC a une structure pyramidale hiérarchique classique : le niveau central avec le Ministère de la Santé Publique (MSP), le niveau provincial (Division Provinciale de la Santé, DPS) et le niveau opérationnel (la Zone de Santé, ZS).

(ii) La violence sexuelle

En 2009, le Gouvernement congolais s'est doté de la Politique Nationale Genre (PNG) et a élaboré la Stratégie Nationale de Lutte contre les Violences Basées sur le Genre (SNLVBG). Aucun plan d'action provincial de lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre n'a été élaboré.

En mars 2010, la SRSS est venue apporter une contribution sanitaire à la lutte contre la violence sexuelle. Le Ministère de la Santé Publique, et plus particulièrement le Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR) a participé avec le Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant (MGFE) à l'élaboration des 4 (quatre) protocoles nationaux qui doivent assurer une prise en charge multisectorielles des victimes de violence sexuelle (médicale, psychosociale, réinsertion socio-économique et aide juridique). En outre le PNSR a développé des modules de formation destinés principalement aux prestataires des soins de santé des HGR et CS et aux membres du BCZS et Équipes Cadres de la Zone de Santé (ECZS). L'analyse SWOT qui a été effectuée dans le cadre de la formulation du Projet de Lutte contre les Violences Sexuelles (PLVS), met en évidence que les protocoles ne sont pas – ou pas assez – connus et qu'il y a de grandes faiblesses et insuffisances à tous les niveaux et dans tous les domaines de la prise en charge.

II. Orientations stratégiques

Le PLVS est une des 3 (trois) composantes du nouveau programme santé (2015-2018) caractérisé par un appui au secteur à trois niveaux de l'organisation sanitaire (central, intermédiaire et opérationnel). La lutte contre la violence sexuelle s'y ajoute comme un thème d'attention particulier. Chaque composante du programme identifie ses propres activités et aura une indépendance de gestion et de décision. Des mécanismes de concertation et de planification conjointe seront établis cependant pour s'assurer que les synergies et actions complémentaires soient réalisées. Le programme santé a été conçu comme appui institutionnel au secteur à base d'un cycle d'apprentissage continue et un accompagnement du processus de la réforme sanitaire. Le programme se caractérise par une approche intégrée et coordonnée et s'inscrit également dans une approche multi-bailleurs. Le PLVS est un résultat additionnel (mais avec un DTF spécifique) du programme d'appui au niveau intermédiaire (PADP).

Le PLVS s'inscrit dans la mise en œuvre de la SNLVBG et développera une approche « *One Stop Centre* » (centre d'accueil unique) dans une version adaptée au contexte spécifique du secteur de la santé en RDC. Le PLVS envisage de renforcer le rôle spécifique du secteur de la santé dans la prise en

charge des victimes, notamment la prise en charge médicale et la prise psychologique/psychosociale. Pour les services d'aide juridique et de réinsertion socio-économique les structures de santé ciblées s'engagent à développer un système de référence et contre-référence avec des acteurs « externes » concernés. Une telle approche a comme point de départ fondamental le bien-être de la victime et son droit à la santé.

L'approche OSC n'envisage pas seulement la victime comme individu isolé mais prend charge de la victime comme membre de sa communauté. La sensibilisation communautaire est une composante essentielle du projet et aborde la problématique de la violence sexuelle dans un contexte plus vaste d'inégalités de genre et des violences basées sur le genre. Le PLVS identifiera également des synergies possibles avec d'autres interventions de la CTB dans les provinces ciblées.

La prise en charge des victimes de violence sexuelle (VVS) entre dans le paquet des soins intégrés. Le principe de l'intégration mène le projet à établir un protocole spécifique à base d'une analyse des 4 protocoles génériques existants partant du rôle du secteur de la santé et adapté aux responsabilités spécifiques de chaque niveau (1 pour le premier niveau du CS et 1 pour le deuxième niveau de l'HGR). Les interventions médicales ne peuvent pas être limitées aux conséquences immédiates de la violence sexuelle mais doivent assurer un continuum des soins à long terme à cause des grossesses.

Le PLVS investit beaucoup dans le développement d'une approche basée sur des évidences scientifiques et l'usage du « *Grounded Theory* ». La conception du PLVS est basée sur l'hypothèse qu'une prise en charge des victimes appropriée et adaptée aux contextes socio-culturels et socio-économiques spécifiques de la région aboutira dans une meilleure qualité des soins et par conséquent d'un accroissement de la demande de services. Le « *grounded theory* » est une approche scientifique qui répond au mieux aux besoins d'une analyse qualitative qui pourrait répondre aux questions autour des rôles et déterminants de succès (ou échec) de la prise en charge des VVS.

Vu le caractère expérimental de cette première phase, il sera impossible d'introduire la stratégie et les compétences dans l'entièreté des zones de santé ciblées par ce programme santé dès le début. Le Centre Alwaleed à Kisangani (DPS du Tshopo) est le seul endroit où se trouve un centre de prise en charge avec une compétence satisfaisante sur laquelle le PLVS pourra se greffer. Dans une deuxième phase de centres spécialisés pour la prise en charge des VVS seront établis dans les deux autres provinces et plus particulièrement dans l'HGR de la ZS du Gemena (DPS du Sud-Ubangi) et la ZS de Mosongo (DPS du Kwilu).

Le PLVS actuel a été conçu comme une première phase de « démonstration » et s'inscrit dans une vision à plus long terme qui doit mener à une consolidation des résultats du PLVS comme approche nationale et à un renforcement réelle et durable du secteur de la santé dans la prise en charge des VVS.

III. Planification opérationnelle

(i) Objectif général

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de lutte contre la pauvreté.

(ii) Objectif spécifique

La prise en charge des victimes de violence sexuelle par le secteur de la santé, au travers d'une meilleure accessibilité et qualité des soins dans le cadre d'une approche multisectorielle, est améliorée.

(iii) Résultats attendus

Sur base de 2 piliers qui sont « une meilleure accessibilité des soins » et « une meilleure qualité des soins » pour les victimes de violence sexuelle, le PLVS prévoit trois résultats :

- **Résultat 1** : les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des victimes de violence sexuelle;
- **Résultat 2** : un système de prévention communautaire de la violence sexuelle est mise en place dans la communauté et dans les écoles secondaires ;
- **Résultat 3** : la prise en charge des victimes de violence sexuelle adaptée aux spécificités socio-culturelles et socio-économiques est assurée par l'utilisation des méthodes basées sur les évidences scientifiques.

IV. Ressources

(i) Ressources financières

Pour la mise en œuvre un budget total de 3.000.000 euro est prévu et réparti sur les trois provinces. La répartition par province est indicative.

	Budget
Pour la DPS du Tshopo	1.005.900 euro
Pour la DPS de Kwilu	477.200 euro
Pour la DPS du Sud-Ubangi	477.200 euro
Réserve budgétaire	86.414 euro
Moyens généraux	993.287 euro
Total	3.000.000 euro

(ii) Ressources humaines

L'Équipe Technique (ET) chargée d'assurer directement la mise en œuvre du PLVS et l'atteinte des différents résultats, sera composée de 1 (un) Assistant Technique International (à la DPS du Tshopo) et 3 (trois) Assistants Techniques Nationaux (1 par province). Les assistants techniques seront basés aux DPS respectives.

L'Assistant Technique International (ATI) est responsable pour la Direction Technique du PLVS.

(iii) Appui finance et administration

Vu l'existence d'interventions dans d'autres secteurs, menées par la coopération belge, il est opté pour un approche provinciale, dans la conduite des démarches administratives et financières. A Kikwit et à Kisangani, des bureaux de coordination provinciale existent déjà et les services de support administratif et financier seront « achetés » chez ces bureaux provinciaux. Dans le Sud-Ubangi les modalités de mise en œuvre seront définies dans un SLA, un accord entre l'UPP et la coordination provinciale qui définira le cadre exacte de cet achat de services.

Un même système est adopté pour les services logistiques, marchés publiques et autres du niveau central. Le PLVS contribue le 25% du budget pour le comptable vérificateur qui sera recruté par le programme d'appui au niveau intermédiaire.

(iv) Consultants nationaux

Le PLVS emploiera plusieurs consultants nationaux pour des tâches et des études spécifiques : le développement d'un protocole de prise en charge spécifique pour la santé, la tarification forfaitaire, le diagnostic CAP socio-anthropologique, la production d'outils de sensibilisation et la production d'un

module de prévention des VS, d'éducation sexuelle et de planification familiale pour les écoles.

(v) Appui scientifique national et international

Le PLVS prévoit une collaboration avec des institutions académiques congolaises et internationales et a identifié les institutions suivantes comme partenaires potentielles :

- Les Départements de Psychologie et de Pédagogie à l'Université de Kisangani ;
- Le Centre pour les Enfants dans des Situations Vulnérables (CCVS) à l'Université de Gand ;
- L'Institut de Recherche Santé et Société (IRSS) et la Faculté de Santé Publique (FSP) à l'Université Catholique de Louvain-la-Neuve.

(vi) Ressources matérielles

Le PLVS prévoit de budgets pour :

- Aménagement, installation et fonctionnement des bureaux pour l'Équipe Technique ;
- Aménagement des infrastructures sanitaires concernées ;
- Moyens de transport : 1 véhicule 4X4 et 6 motos ;
- Production des outils de formation, d'information, de communication et de sensibilisation ;
- L'achat de littérature
- Matériel de support pour la recherche scientifique.

V. Modalités d'exécution

La SMCL du PLVS sera identique à celle de la composante PADP et est composée des membres suivants ou de leurs représentants:

- Les Ministres Provinciaux de la Santé des provinces où intervient le Programme Santé ;
- Le Représentant Résident de la CTB.

La SMCL invitera également en qualité d'expert, partie prenante et contributeur :

- Les Chefs de Division des DPS des provinces où intervient le Programme Santé ;
- L'ATI Coordinateur du Programme Santé ;
- L'ATI Coordinateur du PADP ;
- L'ATI Coordinateur du PLVS.

La SMCL peut inviter, toute autre personne qui apporte une contribution à l'intervention en qualité d'observateur ou d'expert.

Dans le cadre du Programme santé on a également prévue une Structure de Supervision (SDS) dans laquelle l'ATI Coordinateur du PLVS participe comme observateur et expert technique. La SDS est l'instance mixte et paritaire mise en place au niveau national pour assurer la coordination général du programme de santé dans sa totalité.

VI. Thèmes Transversaux

(i) Une approche basée sur les droits humains

Le MSP joue un rôle-clé dans la réalisation progressive du droit à la santé qui est formellement reconnu par la Constitution de 2006. Le programme santé s'inscrit pleinement dans une approche basée sur les

droits humains. Il n'envisage pas seulement le renforcement du rôle du MSP au niveau central dans le développement du cadre normatif et régulateur nécessaire mais met aussi un accent spécifique sur l'amélioration de l'accessibilité financière et géographique des soins de qualité au niveau opérationnelle (Hôpital Général de Référence et Centre de Santé).

Le programme santé intègre également un focus spécifique sur les droits et les besoins des populations les plus vulnérables (les femmes et les enfants victimes de violence sexuelle) ainsi que sur la participation communautaire et le renforcement de la redevabilité des différents acteurs concernés. La participation communautaire est assurée à plusieurs niveaux en collaborant avec les différentes structures communautaires établies par le système de santé et la promotion de la participation communautaire active dans la concertation provinciale, les enquêtes de satisfaction ainsi que dans la sensibilisation et la prévention de la violence sexuelle.

(ii) Environnement

Le PLVS s'aligne avec les dispositions prises par le programme d'appui au niveau intermédiaire (PADP) dans le domaine de la protection de l'environnement et envisage surtout une rationalisation de l'utilisation des ressources disponibles.

(iii) Genre, droits sexuels et reproductifs, droits de l'enfant

Le PLVS s'inscrit pleinement dans la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Lutte contre les Violences Basées sur le Genre (SNLVBG, 2009) et des Lois n°06/018 et n°06/019 de 2006 portant sur la violence sexuelle. La lutte contre la VS est aussi une priorité dans le Plan Stratégique National 2014-2017 de lutte contre le VIH/sida et contribue également à la mise en œuvre de la Loi n°08/011 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA et les personnes affectées. La problématique de la VS est abordée dans le contexte plus vaste des violences basées sur le genre et des droits de l'enfant, et plus particulièrement – mais pas exclusivement - des droits de la jeune fille.

Le PLVS applique également le Gender Budget Scan et tiendra compte, dans la mesure du possible, des aspects plus génériques en matière du genre, comme, par exemple, une formation genre pour toute l'équipe et la désagrégation entre les sexes et les âges dans toutes les statistiques, la collecte des données, etc.

FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION

Titre de l'intervention	Programme de Lutte contre la Violence Sexuelle
DGD Numéro d'Intervention	3016487
Code Navision CTB	RDC 14 191 11
Partenaire local	Ministère de la Santé Publique
Durée de la Convention Spécifique	48 mois
Durée de l'intervention	36 mois
Date de l'intervention	2015
Contribution du pays partenaire	n.d.
Contribution belge	3.000.000 euros
Secteur (codes CAD)	12220 Soins et services de santé de base
Brève description de l'intervention	<p>Le Programme de Lutte contre la Violence Sexuelle (PLVS) est une contribution de la Belgique à l'intégration de la lutte contre la violence sexuelle dans le système national de la santé en RDC.</p> <p>En RDC le phénomène de la violence sexuelle n'est pas restreint aux provinces touchées par le conflit armé dans l'Est du pays. Il s'agit d'une problématique nationale, qui pose de problèmes sérieux pour la santé publique et la protection des droits humains, et plus particulièrement les droits sexuels et reproductifs des femmes et des jeunes filles.</p> <p>Le PLVS apportera un appui au renforcement du système de santé et au renforcement de la capacité de l'Etat à faire appliquer les lois existantes en matière de protection de la population victime de violences basées sur le genre. Le PLVS s'inscrit dans une approche multisectorielle qui envisage une prise en charge médicale, psychosociale, juridique et socio-économique mais à base du rôle spécifique du secteur de la santé. Ainsi on veut contribuer à la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Lutte contre les Violences Basées sur le Genre.</p>
Objectif global	Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de lutte contre la pauvreté.
Objectif spécifique	La prise en charge des victimes de violence sexuelle par le secteur de la santé, au travers d'une meilleure accessibilité et qualité des soins dans le cadre d'une approche multisectorielle, est améliorée.

Résultats	<p>Résultat 1: Les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des victimes de violence sexuelle.</p> <p>Résultat 2: Un système de prévention de la violence sexuelle est mis en place dans la communauté et dans les écoles secondaires.</p> <p>Résultat 3 : La prise en charge juridique des victimes de violence sexuelle est renforcée.</p> <p>Résultat 4: La prise en charge des victimes de violence sexuelle adaptée aux spécificités socio-culturelles et socio-économiques des populations ciblées est assurée par l'utilisation des méthodes basées sur les évidences scientifiques.</p>
-----------	--

1 ANALYSE DE LA SITUATION

1.1 Contexte Global

1.1.1 Contexte géo-socio-politique de la RDC

La République Démocratique du Congo est située en Afrique Centrale et à cheval sur l'Équateur. Elle est le deuxième pays le plus grand en Afrique avec une superficie estimée à 2.345.000 km².

La RDC a évolué d'une subdivision en 11 provinces à 26 provinces aux termes de la Constitution de 2006, qui a instauré la décentralisation comme mode de gestion politico-administratif du pays dans le but d'accélérer son développement.

Dans son rapport mondial de 2013 sur le Développement Humain, le PNUD classe la RDC au 187ème rang sur 188 pays aux termes de l'Indice de Développement Humain (IDH : 0,304). Cette précarité sociale et les difficultés de la gouvernance politique ont exacerbé, au fil des années, le chômage des jeunes.

Selon les estimations démographiques la RDC compte une population évaluée à plus de 67,5 millions d'habitants¹ (deuxième pays le plus peuplé d'Afrique), avec un taux d'accroissement naturel estimé à 2.53% en 2014, dont la tranche jeune représente environ 70%. La croissance démographique urbaine est en forte augmentation. La volonté des Autorités Congolaises d'opérer des réformes courageuses dans la gestion des affaires publiques et leur engagement dans différents processus du partenariat mondial, ont été des catalyseurs pertinents dans la voie des progrès enregistrés sur le plan macroéconomique qu'il faut poursuivre et rendre durables. Ainsi, grâce à un programme rigoureux de réformes et de redressement économique mis en œuvre depuis 2001, la RDC a atteint son point d'achèvement de l'Initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (I-PPTE) et de l'Initiative pour l'Annulation de la Dette Multilatérale (IADM) en juillet 2010 avec à la clé, l'effacement de près de 10 milliards de USA sa dette extérieure.

La RDC est un pays en post conflit, en proie à la persistance de poches d'insécurité entretenues depuis plus de dix ans dans sa partie orientale par des groupes armés. Depuis la signature des accords de paix de Lusaka en 1999, le pays a progressé de manière significative dans le domaine politique, avec l'organisation d'élection présidentielle de 2006 et l'apparition de nouvelles institutions fonctionnelles comme le Parlement, le Sénat et les Exécutif Provinciaux. Le pays a adopté en 2007 un contrat de gouvernance qui définit ses objectifs en quatre domaines transversaux (décentralisation, gestion des finances publiques, administration publique et transparence) et trois thèmes sectoriels (entreprises publiques, secteur minier et secteur de la sécurité).

Dans la nouvelle architecture institutionnelle de 2006, trois paliers d'exercice de l'autorité publique sont définis, à savoir: le Pouvoir Central, les Provinces et les Entités Territoriales Décentralisées (ETD). Celles-ci sont de type dévolution, à savoir qu'un certain nombre de pouvoirs sont transférés à des entités administratives décentralisées qui jouissent de l'autonomie de gestion de leur ressources économiques, humaines, financières et techniques. Pour matérialiser ces principes, la Constitution fait mention d'une série de lois organiques qui doivent être élaborées pour mieux concrétiser les grands changements qu'elle introduit dans le pays. Cependant, les institutions politiques provinciales ont été mises en place à l'issue des élections libres et transparentes organisées sur toute l'étendue du territoire national avant la promulgation des lois devant les régir. Les articles 202, 203 et 204 de la Constitution définissent les compétences du pouvoir central et des provinces.

D'autre part, comme la loi portant sur l'organisation et le fonctionnement des provinces ne va pas régler les matières sectorielles, le Gouvernement a décidé que chaque secteur devait élaborer une loi-cadre

¹ <http://www.banquemonddiale.org/fr/country/drc>

sectorielle pour concrétiser la décentralisation au sein de son propre secteur. Ainsi, les matières relatives au secteur de la Santé Publique sont, soit de la compétence exclusive du pouvoir central, soit de la compétence concurrente du pouvoir central et des provinces, soit de la compétence exclusive des provinces. L'élaboration des lois, leur adoption par les deux chambres du Parlement ainsi que sa promulgation par le Chef de l'Etat nécessite du temps et est en ce moment en cours. Des mesures transitoires ont été ainsi mises en place pour permettre la gestion de différents secteurs, dont la santé, en attendant la promulgation de la loi cadre. L'opérationnalisation de la décentralisation à travers le découpage des provinces, la répartition concrète des compétences et l'allocation conséquente des ressources, demeure un véritable défi et fait l'objet de négociations et de compromis.

1.1.2 Sur le plan économique

Depuis 2010, le gouvernement a engagé des réformes en profondeur afin d'améliorer la stabilité macro-économique et fiscale de son économie. Les grandes réformes concernent : les finances publiques, la gouvernance économique, le climat des affaires, la bancarisation, la dé-dollarisation de l'économie. Si l'ensemble de ces réformes a été initié, les résultats restent à ce stade encore partiels. Des progrès considérables sont à noter en termes de consolidation budgétaire permettant à l'Etat de limiter son déficit budgétaire et de baisse significative de l'inflation. (RDP, 2014)

La RDC connaît une période de croissance économique forte et durable depuis 2009, avec une moyenne de 7.4 % pour la période 2010-2014 avec 8,7% en 2014 (BM, 2015). A moyen terme, l'activité économique devrait évoluer à un rythme soutenu avec un taux de croissance estimé à plus de 8%, grâce à l'augmentation de l'investissement et de l'activité dans les industries extractives et du fait de la contribution des travaux publics et du secteur tertiaire.

Pour autant, le PIB par habitant de la RDC (475 USD en 2014) reste parmi les plus faibles de la région et a augmenté moins rapidement que dans le reste de la région (RDP, 2014).

En 2009, l'inflation est montée jusqu'à 33.9% du PIB, expliquée par la crise financière internationale. Grâce au resserrement de la politique monétaire et à la relative stabilité des indicateurs macroéconomiques, l'inflation est tombée dans des variations plus raisonnables, 0.7% en 2013 et 1.3% en 2014 (BM, 2015).

Des progrès indéniables ont été réalisés en matière de lutte contre la pauvreté. Entre 2005 et 2012, la pauvreté a reculé de 8 points, passant de 71.3 à 63.4%. La réduction est d'autant plus marquée dans les zones rurales, où l'incidence de la pauvreté monétaire a reculé de 10 points (65.2% en 2012). Cependant, quatre provinces continuent d'être profondément marquées par la pauvreté avec une incidence au-delà de 70% (Kasaï Oriental, 78.6%, Equateur, 77%, Kasaï occidental 74.9% et Bandundu 74.6%). (INS 2013).

Pour lutter contre l'extrême pauvreté, le Gouvernement s'est engagé dès 2006 à mettre en place des réformes à travers une « Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté ». Le Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté - **DSCR P 1** couvrait la période 2006-2008. Il a été suivi par un Programme d'Actions Prioritaires (PAP, 2009-2010) afin d'en opérationnaliser ses objectifs en collaboration avec ses Partenaires Techniques et Financiers (PTF). La deuxième Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (SCR P 2) adoptée en 2011 fait de l'accès aux services sociaux de base un de ses axes prioritaires (Pilier III). Cette stratégie doit permettre de contribuer à une réduction de la pauvreté (- 11 points entre 2010 et 2015), à travers notamment l'amélioration de l'état de santé et nutritionnel. Ce **DSCR P 2** (2011-2015) a été établi dans la foulée de l'atteinte du point d'achèvement. Le gouvernement a ainsi manifesté sa volonté de quitter la logique « **d'urgence 25** » pour aller vers une phase de croissance et de développement dont les 4 (quatre) piliers étroitement liés et interdépendants les uns des autres sont les suivants :

1. Pilier 1 : renforcer la gouvernance et la paix ;

2. Pilier 2 : diversifier l'économie, accélérer la croissance et promouvoir l'emploi ;
3. Pilier 3 : améliorer l'accès aux services sociaux de base et renforcer le capital humain ;
4. Pilier 4 : protéger l'environnement et lutter contre les changements climatiques.

En aval du DSCR 2, le pays a adopté en 2011 son deuxième Plan National de Développement Sanitaire (PNDS II), dont le cycle de réalisation est aligné sur la SCR 2 (2011-2015). Elle vise à consolider le système de santé afin de mieux prendre en charge les besoins de santé de la population.

1.2 Contexte Sectoriel

Il importe de rappeler que le DSCR 2 stipule que l'amélioration de l'état de santé des populations est un objectif à la fois économique et social de développement. La réalisation d'un tel objectif nécessite la contribution de l'ensemble des secteurs de la vie nationale, ce qui revient à agir sur les déterminants de la santé tels que l'eau et l'environnement, l'amélioration des conditions de vie des populations, l'éducation, la promotion de bonnes habitudes alimentaires, etc. L'objectif santé dans le DSCR 2 consiste à prodiguer des soins de santé primaires de qualité à toute la population et en particulier aux groupes vulnérables en vue de combattre les grandes endémies telles que le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose, la trypanosomiase, etc... ainsi que les maladies non transmissibles.

1.2.1 Le système de santé en RDC – déconcentration et décentralisation

Le système national de santé de la RDC a une structure pyramidale hiérarchique classique : le niveau central avec le Ministère de la Santé Publique (MSP), le niveau provincial (Division Provinciale de la Santé, DPS) et le niveau opérationnel (la Zone de Santé, ZS). Avec la décentralisation, les provinces ont dans leurs attributions exclusives l'organisation et la gestion des soins de santé primaires. L'engagement de personnel médical reste une compétence nationale, concurrente, tandis que l'affectation du personnel médical revient exclusivement aux provinces. La législation médicale est une compétence exclusive du pouvoir central. Le contenu précis de ces compétences sera développé dans une loi-cadre sectorielle, en cours d'élaboration, et d'autres textes de loi connexes.

1.2.1.1 Le niveau central : National

Il est constitué du cabinet du Ministre, du Secrétariat Général. Il compte en ce moment encore 13 directions, 52 programmes spécialisés et les hôpitaux nationaux. Le rôle du Ministère de la Santé évolue vers un rôle d'ordre réglementaire et normatif (article 202 de la Constitution), la compétence de mise en œuvre des politiques revenant directement aux provinces (article 204).

Le niveau central définit les grandes orientations de la politique sanitaire, les stratégies d'interventions, les normes et les directives. Il assure un appui et le contrôle de conformité et le suivi de la mise en œuvre en province.

1.2.1.2 Le niveau intermédiaire : la Province

Il compte 11 Inspections Provinciales de la Santé (IPS). 26 Ministres provinciaux se mettent en place sur tout le territoire et autant de Division Provinciale de la Santé (DPS). Les 26 DPS nommées depuis décembre 2014, deviennent le nouvel acteur « décentralisé » de la gouvernance du secteur, et sont redevables devant le Ministre Provincial de la Santé (MPS). Un rôle de gestion et d'encadrement de l'administration sanitaire provinciale leur est attribué. Des Inspections Provinciales de Santé (IPS), entités « déconcentrées », devraient toutefois continuer d'exercer des fonctions de supervision et de contrôle au niveau provincial, sous la tutelle du Ministère central.

La DPS a pour mission essentielle d'apporter un appui technique, managérial et logistique aux Zones de Santé (ZS) et autres structures de santé de la province (les Centrales Régionales de Distribution des médicaments (CDR), les Instituts des Techniques Médicales (ITM), au laboratoire provincial, à l'hôpital de référence secondaire) pour assurer une offre de qualité, une bonne accessibilité pour une utilisation

effective des services de santé par la population. Elle assure des fonctions de 3 types : les fonctions administratives et de coordination, les fonctions techniques et logistiques. Il assure également la traduction des directives, des stratégies et des politiques sous forme d'instructions et de fiches techniques pour leur mise en œuvre au niveau des Zones de Santé. Ce niveau a aussi pour mission d'offrir à travers l'hôpital provincial, les soins de santé de référence secondaire.

Les DPS fournissent ces appuis à 516 ZS, 424 HGR, 8.266 CS pour 8.505 Aires de Santé et 7.520 Maternités. Parmi les HGR et les CS, 1.522 ont intégré le paquet minimum d'activité (PMA) de la Tuberculose (TB); ces derniers sont appelés centre de diagnostic et de traitement de la TB (CSDT) et sont présents dans 515 ZS. Pour le VIH, 1.791 Formations sanitaires (FOSA) ont intégré le paquet de Prévention de la Transmission de Mère à l'Enfant (PTME).

Il est important de noter que le système de santé décrit ci-dessus intègre également des formations sanitaires du secteur privé à but non lucratif (services de santé d'organisations non gouvernementales et d'organisations confessionnelles religieuses). Ces FOSA sont assujetties aux mêmes obligations de prestations de services, de suivi et d'évaluation. Selon le PNDS 2011-2015, le nombre de médecins pour 10.000 habitants varie d'une province à une autre avec une moyenne de 0.2 médecins.

1.2.1.3 Le niveau opérationnel : la Zone de Santé

Ce niveau a pour mission la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires. Lors du dernier découpage de 2003, le pays fut divisé en 515 ZS. Une ZS est un espace géographiquement limité et couvrant une population théorique de 100.000 à 150.000 habitants avec un hôpital général de référence (HGR) et assurant un paquet complémentaire activités (PCA)². Elle est elle-même divisée en aires de santés (AS) qui, à travers un centre de santé (CS), couvre environ 5.000 à 10.000 habitants en leur offrant un paquet minimum d'activité (PMA). La ZS est gérée par une équipe cadre de zone de santé (ECZS), elle-même dirigée par un médecin chef de zone (MCZ). Un Comité de Gestion (COGE) présidé par le MCZ, un Conseil d'Administration (CA) présidé par le Médecin Inspecteur Provincial et un Comité de Direction de l'HGR (CODIR) présidé par le médecin directeur de l'HGR. L'ECZS assure le pilotage du développement de la ZS en tant que système intégré qui offre des soins de santé de qualité, globaux, continus et intégrés. L'AS, couverte par le CS, est lieu de déconcentration des services des soins de l'hôpital pour rapprocher les soins auprès des communautés.

Le mode de tarification dans les ZS n'est pas uniformisé. Néanmoins, il est à observer dans une bonne partie des ZS une tarification forfaitaire par épisode maladie. Le tarif des soins est fixé avec la participation de la population (représentée par un Comité de Santé -COSA), en tenant compte de sa capacité contributive et participative.

1.2.2 L'évolution de la situation sanitaire en RDC – les OMD

Le contexte épidémiologique reste fortement marqué par le poids des maladies transmissibles chez l'adulte comme l'enfant.

Tableau 1 : Evolution de la situation de quelques indicateurs et résultats de santé de 2007 à 2014³

N°	Indicateurs et résultats de santé au niveau national	2007	2014
1	Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants < 5 ans (%)	25,1	22,6
2	Taux de mortalité infanto-juvénile (‰)	148	104
3	Taux de mortalité infantile (‰)	92	58
4	Taux de mortalité néonatale (‰)	42	30

² Dans les régions enclavées et isolées dans une ZS, le concept de Centre de Référence Médicalisé a été adopté

³ Source des données: EDS 2007 et 2013-2014

5	% enfants <1 an vaccinés contre la rougeole (%)	62,9	71,6
6	Taux d'accouchement assisté par un prestataire de santé formé (%)	74	80,1
7	Taux de prévalence contraceptive (%)	20,6	20,4
8	Couverture en CPN (%)	85,3	88,4
9	Taux de CPN 4 (%)	46,7	48
11	Prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans (%)	0,8	0,7
12	% enfants < 5 ans dormant sous une MII (%)	5,8	55,8
13	% enfants < 5 ans avec fièvre traitée de manière appropriée avec des antipaludéens (%)	29,8	29,2
14	Taux d'enfants complètement vaccinés (%)	30,6	45,3
15	Utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels à risques (jeunes de 15- 24 ans) (%)	23,7	27,4
16	Proportion de la population utilisant une source d'eau améliorée (%)	48,2	50,4
17	Proportion de la population utilisant des installations sanitaires améliorées (%)	17,6	20,5

Fortement prévalent, le **paludisme** continue de représenter plus de 40% des causes de mortalité infantile. On estime en 2012 entre 150.000 et 250.000, le nombre d'enfants de moins de 5 ans qui meurent chaque année de paludisme. Le choléra et l'Ebola sont endémiques dans certaines provinces.

L'épidémie de VIH/Sida semble maîtrisée, avec 1.2% de prévalence chez les adultes en 2013 contre 5% en 1990 (1.3% en 2007). Le taux de séroprévalence chez les femmes enceintes est passé de 4.3% en 2008 à 3.4% en 2011. L'épidémie reste cependant plus marquée chez les femmes, avec 1.6% des femmes de 15-49 ans séropositives, contre 0.6% des hommes. Les traitements antirétroviraux ont débuté en 2005 avec un taux de couverture estimé à 12%.

La prévalence de la **tuberculose** est en baisse depuis 1990 avec un taux de 94 pour 100 000 en 2012 contre 160 en 2003. L'incidence de la maladie (nouveaux cas/100000 habitants par an) rapporté par l'OMS était de 343 en 2000 et de 372 en 2009.

La **mortalité infantile**, évaluée à plus de 90‰ entre 1997 et 2007 a été réduite de presque moitié en 2013-2014 (58‰). La malnutrition continue cependant de toucher 43% des enfants dont près de la moitié sous forme sévère. La **mortalité maternelle** connaît une baisse constante pour atteindre 846 décès pour 100,000 naissances entre 2007 et 2014, mais reste supérieure à la moyenne régionale (510 pour 100,000). Entre 2001 et 2014, la couverture en soins prénataux est passée de 68 à 88% et le taux d'accouchement assisté de 61 à 80%, alors qu'on note une progression rapide de l'utilisation des moustiquaires imprégnées (56% en 2014 contre 6% en 2007). La couverture vaccinale demeure plus faible que celle des pays pairs et voisins (Rwanda 90%, Burundi 83%, Cameroun 53%). La proportion des enfants complètement vaccinés aurait chuté de 53% à 46% entre 2010 et 2013/2014 (EDS, 2014).

Si le coût est une barrière majeure pour **l'accès aux services de santé**, la qualité dégradée de ces services impacte négativement la demande. Le budget de l'Etat consacré au secteur de la santé est de 7,82 %⁴.

⁴ Comptes Nationaux de la Santé, 2012

1.2.3 Les priorités et les politiques nationales

1.2.3.1 La Constitution

La santé est un des cinq chantiers du gouvernement issu des élections de 2006.

L'article 47 de la Constitution de la RDC consacre d'ailleurs la santé comme un des droits fondamentaux du peuple congolais. C'est pourquoi le MSP est ciblé comme prioritaire par la réforme globale de l'administration publique et figure parmi les ministères clé à financer par la remise de la dette. Le système de santé de la RDC vise trois grands objectifs : (i) améliorer la santé de la population, (ii) répondre à leurs attentes et (iii) répartir équitablement la contribution financière.

En vue de la réalisation de ces objectifs, le système de santé devrait s'acquitter de 4 fonctions vitales, à savoir : (i) la prestation des services et soins de santé, (ii) la production des ressources, (iii) le financement et (iv) l'administration générale ou la gouvernance.

1.2.3.2 Stratégie de Renforcement du Système de Santé

Pour faire face à la situation décrite et réaliser sa mission et sa vision, le MSP a édité en 2006 la **Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS)**, à laquelle l'ensemble des partenaires a souscrit. Cette stratégie réaffirme les soins de santé primaires comme fondement de la Politique Sanitaire et la Zone de Santé comme unité opérationnelle du service de santé en RDC. La SRSS a été actualisée en mars 2010 de façon à mettre l'accent sur les domaines dans lesquels les progrès conditionnent la réussite de l'action de l'ensemble du secteur. La nouvelle version 2010 a pour but de permettre l'alignement des bailleurs non seulement au niveau opérationnel, comme c'était le cas en 2006, mais également au niveau institutionnel, ainsi que de renforcer l'appropriation par le MSP.

Dans cette dernière version, elle se décline dans les six axes stratégiques suivants :

1. La revitalisation des ZS (progressive, selon un classement lié au potentiel de leur développement): développement du leadership intégré de l'équipe cadre de zone (ECZ), rationalisation des structures, amélioration de la couverture sanitaire, de la qualité des soins et de la participation communautaire
2. Le renforcement de la gouvernance et du leadership: réforme et décentralisation du secteur santé, réforme du système national d'information sanitaire, recherche sur les systèmes de santé, pilotage du système de santé et amélioration des systèmes de gestion des structures de santé
3. Le développement des ressources humaines pour la santé
4. La réforme du secteur du médicament
5. La rationalisation du financement: décentralisation de la négociation au niveau provincial, baskets 'funds' provinciaux
6. Le renforcement du partenariat inter et intra-sectoriel

La SRSS est une stratégie sur le long terme, qui doit être opérationnalisée par les PNDS quinquennaux.

1.2.3.3 Le PNDS 2011-2015

Le PNDS 2011-15 est paru en mars 2010. Il est en cours d'évaluation en juin 2015 et les grands axes du PNDS 2016-20 se dessinent en 7 problématiques : la gouvernance sectorielle, les RH pour la santé, les problèmes liés aux MEG et intrants spécifiques, les problèmes en rapport avec le financement de la santé, l'information sanitaire, les problèmes liés aux infrastructures et équipements et ceux liés aux prestations des soins et des services de santé. Un accent sera mis sur la détermination de priorités.

L'introduction de **Cadre des Dépenses Sectorielles à Moyen Terme (CDSMT)** dans les secteurs prioritaires dont celui de la santé. A ce propos, un CDSMT a été défini à compter de 2011, et cet outil a été un véhicule efficace de formation et de sensibilisation à la technique de préparation budgétaire au sein même de ce Ministère. Mais la faible prévisibilité des ressources extérieures et l'incertitude liée à la décentralisation rend le processus de budgétisation à moyen terme particulièrement fragile et souvent déconnecté de la réalité macro-économique. Les CDSMT sont élaborés sur base d'une information

prospective incomplète et parcellaire : les provinces n'ont qu'une idée très imparfaite des ressources domestiques ou extérieures qui leur seront allouées l'année suivante. Par conséquent, ils ne sont que très peu utilisés pour le pilotage des ressources sectorielles. Les efforts du Ministère de la Santé visant à améliorer le processus de budgétisation buttent sur l'incertitude de la décentralisation et la fragmentation du financement extérieur. L'élaboration par le Ministère de la stratégie de financement devrait permettre au gouvernement de formaliser sa vision de l'architecture du financement et de la décentralisation sectorielle, ce qui permettrait d'améliorer l'exercice de budgétisation (« Programme d'actions prioritaires et cadre de dépenses à moyen terme 2011-2013 par MSP RDC de septembre 2010 »).

Un **cadre commun de suivi-évaluation** a été adopté lors de la revue conjointe du secteur santé en octobre 2011. Le PNDS 2011-15 constitue également la stratégie sectorielle du cadre stratégique de réduction de la pauvreté (avec la SRSS), ainsi que le plan stratégique pour l'atteinte des OMD en 2015. La SRSS est en concordance avec les priorités et défis issus du diagnostic sanitaire et institutionnel. Elle doit être un instrument d'intégration pour toute intervention des partenaires qui travaillent en partenariat avec le MSP.

1.2.3.4 La couverture sanitaire universelle (CSU):

Elle est à l'agenda politique de la RDC mais l'absence de diagnostic à jour en matière de financement du secteur rend l'exercice périlleux. Récemment dans un atelier qui s'est tenu sous la conduite du Secrétaire Général du MSP sur la CSU du pays (en février 2015) portant sur la **Loi-cadre de la santé pour la RDC**, émanant de l'article 49 de la Constitution de la RDC, les principes fondamentaux de la couverture sanitaire universelle et ceux de la stratégie de financement ont été énoncés, à savoir: (i) l'extension des paquets des services et soins à couvrir, (ii) les modalités de financement permettant la réduction des paiements directs et (iii) les mécanismes à mettre en place pour atteindre toute la population de la RDC. **Une Feuille de route** des activités a été élaborée et reprend les essentielles à mener, notamment la sensibilisation des décideurs politiques et les partenaires au développement ou encore le renforcement des capacités nationales sur le financement de la santé.

Aucun système de mise en commun/pooling n'est organisé au niveau national. Un système de **mutuelles sur affiliation volontaire** s'est développé de manière sporadique, avec des résultats limités en termes de couverture de population (1-2%) et de protection financière. Les deux réseaux de mutuelles les plus aboutis sont ceux de Bwamanda (depuis 1986) et du Sud Kivu (depuis 1997). Le premier compte plus de 95,000 affiliés sur base volontaire, et le second comprend autour de 20-30,000 adhérents à travers 16 mutuelles. Une mutuelle des enseignants a été instaurée récemment impliquant une obligation d'adhésion et de cotisations.

1.2.4 Diagnostic global du secteur

1.2.4.1 En relation avec le contexte de la RDC

L'ampleur des besoins sanitaires à satisfaire se conjugue à la complexité d'atteindre des populations dispersées sur de vastes étendues dans des zones très difficiles d'accès.

La pauvreté monétaire très importante d'une majorité de ménages les pousse à dépenser de moins en moins pour la santé, c'est ainsi que « 61% des ménages préfèrent recourir aux guérisseurs traditionnels et à l'automédication, plutôt que de fréquenter les établissements des soins modernes ». Les Comptes Nationaux de la Santé indiquent qu'au moins 40% des dépenses de santé sont supportées par les ménages.

Les besoins financiers très élevés contrastent avec les ressources relativement maigres mobilisées par l'Etat. Globalement la hauteur du financement de la santé par tête d'habitant reste très faible (baisse récente des dépenses de santé, qui ont été ramenées de 2 dollars par habitant en 2008 à 1,17 dollars en 2010) et l'affectation des budgets ne tient pas compte des priorités du secteur. L'Etat consacre 4.2% de son budget à la santé, soit 0.7% du PIB en 2013. La part de la santé dans le budget de l'Etat est minime,

largement inférieure à la moyenne régionale. Le budget du Ministère de la Santé Publique (MSP) représente 4% du budget de l'Etat en moyenne entre 2007 et 2013 sur une tendance plutôt à la baisse. L'Etat a dépensé moins d'1 dollar (0.84) par tête en moyenne entre 2007 et 2013 sur ressources domestiques pour la santé. L'importance et la diversité des financements extérieurs pour le secteur de la santé ont considérablement réduit le leadership du MSP en RDC. En effet, seulement 12% des dépenses nationales de santé de 2009 ont été assurées par le gouvernement central.

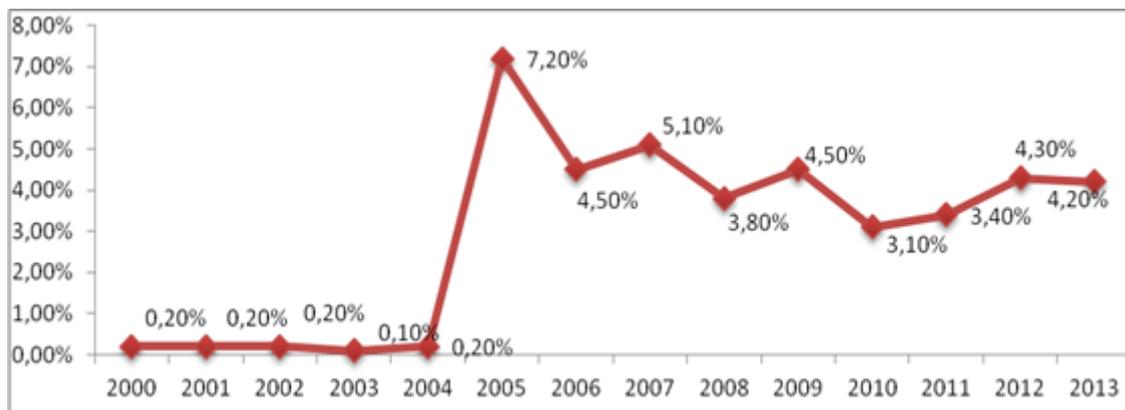


Figure 1 : Allocations budgétaires de l'Etat pour le Ministère de la Santé Publique, 2000-2013⁵

Les taux de décaissement⁶ restent faibles entraînant un bas niveau de réalisation des activités programmées. La faible exécution des dépenses publiques s'est accrue au cours des dernières années, alors que les crédits votés ont généralement été augmentés. Pour le secteur de la santé en particulier, le faible niveau d'exécution s'explique notamment principalement par une surévaluation des crédits sur ressources extérieures et une non-exécution des transferts vers les provinces. (RDP, 2014)

L'inadéquation entre les attributions actuelles du MSP et son cadre organique qui ne lui permet pas de remplir correctement sa mission consistant principalement à offrir des soins de santé de qualité à l'ensemble de la population vivant sur le territoire national. L'insuffisance d'informations sur les domaines d'interventions, sur les résultats et sur les ressources disponibles (opacité des bailleurs et absence d'une unité de suivi et d'évaluation au sein du Ministère).

L'inadaptation des attributions des différents acteurs de santé entre la Constitution en vigueur en RDC, d'une part, et avec les axes tracés dans la Réforme Globale de l'Administration Publique, d'autre part.

1.2.4.2 En relation avec le contexte de l'aide

Les stratégies avec une duplicité des interventions au niveau opérationnel ne sont pas harmonisées.

Les aides ciblant une maladie déterminée contribuent à fragiliser le secteur. Ces appuis orientés créent iniquité et déséquilibre. Ainsi, quelques maladies sont correctement prises en charge. Par contre, pour les autres, les moyens d'actions sont très limités voire inexistants. Pour atteindre un même objectif (la lutte contre une maladie spécifique) on constate un nombre très élevé de projets/de programmes, un nombre important de bailleurs et une grande diversité dans les stratégies adoptées alors que seulement sept bailleurs ont des programmes axés sur le renforcement du système de santé.

Les administrateurs des programmes et des projets partagent difficilement leurs informations avec les services du MSP. Ainsi, bon nombre de résultats dans leurs domaines d'interventions et d'informations sur les ressources disponibles et affectées à ces interventions échappent au MSP.

Au niveau central, il n'y a que 30% des Directions et 23% des Programmes Spécialisés qui reçoivent plus

⁵ Source des données: DEP-MSP.

⁶ 30% d'après la DEP

ou moins régulièrement une aide internationale au développement. Quel que soit le volume de cet appui, il reste encore très sélectif.

Une importante partie de l'aide internationale entre toujours dans le pays sous forme d'aide humanitaire. L'aide humanitaire et l'aide d'urgence se caractérisent généralement par un faible degré d'implication des institutions nationales dans ses mécanismes de gestion et de coordination.

Au niveau opérationnel, il existe une «atomisation» des acteurs. A côté des organisations privées sans but lucratif telles que les confessions religieuses qui sont des partenaires traditionnels du MSP, il y a eu un accroissement important du nombre d'ONG. La majorité de celles-ci sont internationales et un bon nombre se retrouvent dans la mise œuvre de plus d'un projet avec des bailleurs différents. Cette situation, qui s'assimile à une forme de substitution peu soucieuse d'un réel transfert de savoir-faire, ne favorise pas la responsabilisation des services et ONG nationales. Ces dernières sont alors confinées à des tâches d'exécution sans une réelle maîtrise sur les fonctions de planification et de gestion des ressources. Agissant comme maître d'ouvrage délégué (MOD) ou comme agences d'exécution partenaires (AEP), les ONG internationales encadrent l'exécution technique des activités, assurent la gestion des fonds, dispatchent les intrants et conduisent la supervision et le suivi des interventions.

Une Charte des Partenaires a été signée à Kinshasa le 11 juillet 2014 par 17 PTF du GIBS dont l'Ambassade de Belgique.

L'aide extérieure est fortement concentrée sur cinq bailleurs de fonds principaux qui apportent plus de 70% de l'aide en santé (2007-2012). Il s'agit, par ordre croissant, du Fonds mondial (21,5% du total), puis USAID (15,6%), Banque Mondiale (14,4%) et enfin de la Belgique (10,3%) et de GAVI (9,6%). De façon globale, une part substantielle des flux d'appui des partenaires ont un caractère extrabudgétaire, le budget de l'Etat ne reflétant qu'une part infime des montants mis à disposition par les bailleurs (environ 10%). (RDP, 2014)

1.2.4.3 En relation avec le système sanitaire de la RDC

La **couverture sanitaire encore insuffisante** dans certaines provinces et aires de santé. Au regard des objectifs nationaux, la couverture des besoins en infrastructures est de 95% pour le niveau primaire, 76% pour les HGR et 19% pour le niveau secondaire.

La **fragmentation des prestations**, c'est-à-dire difficulté d'avoir accès à l'ensemble des services nécessaires dans une même formation sanitaire, voire dans une même ZS. Cette fragmentation est en partie due au financement sélectif (destiné à la lutte contre un nombre limité des maladies) et axé sur des résultats rapides.

La **baisse de la qualité des soins** offerts dans les ZS. Celle-ci résulte d'une combinaison de plusieurs facteurs : faible qualité de la formation de base du personnel de santé, rotation rapide du personnel, vétusté des infrastructures et équipements de base, difficulté à pouvoir organiser les soins intégrés, continus et globaux, les ruptures fréquentes de médicaments, etc... Dans le «Le Rapport de l'Etat de Santé et Pauvreté en RDC» de la Banque Mondiale (BM) de 2005, on note que 82% des ménages ne sont pas satisfaits des services de soins offerts. Ceci explique sans doute en partie le faible taux de l'utilisation des services de santé, soit en moyenne moins d'une consultation par personne tous les 6 ans. A noter qu'une plus récente enquête réalisée dans le cadre de l'élaboration du dernier DSCRP montrerait que 60% des usagers étaient satisfaits.

Dans le domaine des **Ressources Humaines** en Santé (RHS), la rationalisation des Ressources Humaines est le défi majeur pour la durabilité. Il y a de fait une pléthore en staff disponible dans les formations sanitaires publiques. Il y a eu une prolifération d'instituts de formation sans contrôles et/ou

agrément⁷. L'accroissement de la production de diplômés se fait au détriment de la qualité des compétences et donc de la qualité des services de santé offerts à la population. Le pays fait donc face à une production exponentielle de personnel médical, qui est largement supérieure à la capacité d'absorption du secteur public. La production de personnel de santé, toutes disciplines confondues, a explosé sur la dernière décennie, à travers le développement d'universités et d'écoles provinciales. Le nombre des écoles de formation paramédicale a doublé entre 1998 et 2013, alors que le nombre d'écoles de médecine a été multiplié par 20 en 20 ans, passant de 3 à 61 entre 1998 et 2013.

Les migrations internes et externes du personnel de santé augmentent en importance à cause principalement des bas salaires et des conditions de travail et de vie difficiles. Les migrations internes vont dans le sens du service public vers les ONG internationales et les agences de coopération bi et multi latérales installées dans le pays. Dans le même temps, bon nombre de ces professionnels cherchent un emploi à l'étranger.

Il existe d'importants écarts entre les provinces en ce qui concerne la disponibilité d'agents de santé publique, d'absent à pléthorique. En effet, la mal distribution des ressources humaines fait qu'une grande majorité des structures de premier niveau ne dispose pas du personnel essentiel à son plein fonctionnement, en particulier en zones rurales. Alors que certaines structures urbaines peuvent bénéficier d'un surplus de personnel, l'analyse par provinces semble indiquer que la plupart des formations sanitaires, en particulier aux niveaux inférieurs et en zones rurales, restent chroniquement sous-staffées.

En RDC les professionnels de santé relèvent de trois « statuts » différents à savoir (i) les agents de la fonction publique (ayant un numéro matricule) « mécanisés » (inscrits sur les listes de la Direction de la paie) et donc recevant un salaire, (ii) les agents sous statut (immatriculés) mais ne recevant pas de salaire et (iii) les « nouvelles unités », agents ayant reçu une lettre d'affectation mais non encore immatriculé/reconnu par la fonction publique.

Tableau 2 : Evolution de la situation du personnel de santé entre 2009 et 2013⁸

	2009	2013
Total effectifs	106,836	127,716
Agents recevant un salaire	32,450 (30%)	40,910 (32%)
Agents recevant une prime	+/- 90,000 (84%)	103,563 (81%)
Agents sans rémunération	Non disponible	16,757 (13%)

L'approvisionnement en médicaments et intrants spécifiques fait aussi l'objet de nombreux problèmes en termes de gestion, de recouvrement des coûts et de couverture du territoire. En outre, il existe des structures privées peu ou pas régulées et de nombreux circuits parallèles pour une lutte sélective contre certaines maladies. Ceci est surtout le cas pour les programmes « verticaux » comme le VIH, la planification familiale et les Kits PEP.

La faible disponibilité des médicaments essentiels dans les structures sanitaires (5% des médicaments traceurs disponibles dans les HGR) constituent un goulot d'étranglement à une offre de soins de santé de qualité (MSP, 2011). A ce propos, le manque de développement et la fragmentation du système d'approvisionnement limite l'accès à des médicaments de qualité. Un Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SNAME), en place depuis 2002, n'a que peu permis d'améliorer l'accès aux médicaments. En effet, devant les fréquentes ruptures de stock dans les CDR, les structures de santé recourent au secteur privé peu régulé en termes d'assurance qualité des

⁷ Selon le niveau de formation, c'est le Ministère d'Enseignement Supérieur et Universitaires qui est responsable pour la formation, et pas le MSP

⁸ Source: MSP, Annuaire Sanitaire 2013

médicaments.

L'aide apportée par les bailleurs de fond demeure la plus importante source de financement du médicament, avec plus de 160 millions dépenses en 2013. Les fonds publics investis dans le médicament sont très limités.

Le **système d'information sanitaire** (SIS) constitue un réel problème, il ne permet pas de rendre disponible en temps réel l'information dont les décideurs et les prestataires ont besoin pour la prise de décision. En effet, le rapport d'évaluation de ce système a mis en évidence : (i) la faible qualité des données, (ii) l'existence d'un parallélisme des systèmes de suivi et évaluation avec les programmes spécialisés, (iii) la faible complétude et promptitude des rapports et (iv) une gestion non systématique et non informatisée de données.

1.3 La violence sexuelle

1.3.1 Au niveau national

Dans la dernière évaluation de l'indice sur l'égalité des sexes⁹, la RDC est arrivée à la 144e place sur 148, juste après le Yémen, l'Afghanistan, le Niger et l'Arabie saoudite. Cet état des choses fait de ce pays l'une des nations du monde où l'inégalité entre hommes et femmes reste un problème primordiale. Ces inégalités existent dans tous les secteurs, que ce soit dans celui de l'enseignement, de la santé ou au niveau de la participation à la vie politique, à celui de l'accès aux ressources (financières, naturelles), l'accès à la justice ainsi qu'au niveau économique. En dehors du phénomène largement répandu de la violence à l'égard des femmes, les taux de fécondité alarmants, l'accès limité aux services relatifs à la santé génésique et sexuelle et aux droits connexes ainsi que le faible statut social des femmes et des filles assombrissent encore un peu plus le tableau de ce pays.

Pour faire face à cette situation, en 2009, le Gouvernement congolais s'est doté de la Politique Nationale Genre (PNG) et a élaboré la Stratégie Nationale de Lutte contre les Violences Basées sur le Genre (SNLVBG)¹⁰

La Politique Nationale Genre se développe autour de plusieurs piliers majeurs : (i) L'Élimination de toutes les formes de discrimination et des violences basées sur le genre en droit et en fait, (ii) Le renforcement des capacités socioéconomiques des femmes, leur participation décisionnelle à tous les niveaux et leur autonomisation, (iii) La promotion de l'équité et de l'égalité entre les sexes et la protection des droits humains pour tous ; et (iv) La recherche des synergies nécessaires entre toutes les interventions et intervenants en genre dans le Pays.

La SNLVBG englobe 8 composantes : (i) le renforcement de l'application de la Loi et la lutte contre l'impunité, (ii) la prévention et la protection, (iii) l'appui aux réformes de l'armée, de la police, de la justice et des forces de sécurité, (iv) les réponses aux besoins des victimes et des survivants, (v) la gestion des données et des informations en rapport avec la VSBG, (vi) analyse et sensibilisation sur les violences basées sur le genre, (vii) capacités institutionnelles pour lutter contre les violences basées sur le genre, (viii) renforcement du pouvoir des femmes.

Elle se décline en Plan d'Action de 2 ans qui prévoit plus de 85 résultats et 285 activités. Aucun plan d'action provincial de lutte contre les Violences Sexuelles et Basées sur le Genre n'a été élaboré.

⁹ L'IDISA ou Indice de développement des inégalités entre les sexes en Afrique, est un outil qui permet de mesurer les inégalités de genre et d'évaluer la performance des gouvernements en Afrique pour les combler. Cet indice comporte deux parties, l'Indice de la Condition de la Femme (ICF) qui est une mesure quantitative et le Tableau de Bord de la Promotion de la Femme en Afrique (TBPFA) qui est qualitatif. Pour de plus amples informations sur l'IDISA, consulter le document suivant : Commission économique pour l'Afrique des Nations Unies (CEA) : « Indice de Développement et des Inégalités entre les sexes en Afrique », Addis Abeba, Septembre 2004

¹⁰ La SNLVBG s'arrime au Programme national de Stabilisation et de Reconstruction des zones sorties des conflits à l'Est de la République Démocratique du Congo (STAREC)/International Security and Stabilization Support Strategy (ISSSS)

Le Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant (MGFE) dirige actuellement les efforts menés pour réviser la politique nationale sur l'égalité des sexes et la stratégie nationale de lutte contre les violences basées sur le genre (SNLVBG), y compris par l'extension de la portée de cette dernière au-delà de la partie orientale du pays. Le but de cette révision est d'intégrer dans la SNLVBG, aujourd'hui centrée essentiellement sur la violence sexuelle, les autres violences basées sur le genre et d'y adapter les mécanismes de mise en œuvre et de suivi-évaluation.

Le MGFE est le point focal des acteurs nationaux et internationaux (bailleurs de fonds, organisations non gouvernementales - ONG, et organisations et agences internationales) travaillant sur les questions de genre. Le groupe thématique Genre et ses sous-groupes permettent d'assurer la coordination des bailleurs de fonds. Une analyse organisationnelle et institutionnelle du MGFE réalisée en 2013 par la Délégation de l'Union européenne a révélé que celui-ci ne disposait pas des capacités requises pour mettre en œuvre son mandat et que les plates-formes de coordination étaient davantage utilisées pour l'échange d'informations ou la planification d'événements tels que la Journée internationale de la femme.

Les représentants pour l'égalité des sexes existent dans chaque ministère, mais ces ressources sont sous utilisées et manquent de capacité concernant les questions de genre.

Depuis l'adoption de la SNLVBG en 2009 par le MGFE, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), appui le MGFE à la mise en place d'un système national de collecte des données sur les VSBG. En 2013 le rapport « *Ampleur des violences sexuelles en RDC et actions de lutte contre le phénomène de 2011 à 2012* » a été publié. Ce rapport analyse les données sur les cas de violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG) rapportés par les acteurs de terrain disséminés dans sept provinces de la RDC (Bandundu, Bas Congo, Katanga, Kinshasa, Nord Kivu, Province Orientale et Sud Kivu). Même si les données ne sont pas exhaustives du phénomène étudié elles révèlent néanmoins que 10.322 cas incidents de VSBG ont été rapportés en 2011 et ce nombre a augmenté d'un peu plus de la moitié (52%) en 2012 (15.654 cas). La majorité des cas rapportés concernent les viols. Les femmes sont les principales victimes (98%) et la tranche d'âge la plus affectée est entre 12 et 21 ans. 99 % des auteurs sont des hommes, dont l'écrasante majorité est âgée de plus de 18 ans¹¹. Les violences sexuelles en RDC sont alors des violences commises par les hommes principalement contre les femmes et les enfants. Le Bureau conjoint des Nations Unies pour les droits de l'homme (BCNUDH) a indiqué, en avril 2014, que les incidents de violences sexuelles perpétrés entre 2010 et fin 2013 restent «extrêmement graves en raison de leur ampleur, de leur nature systématique et du nombre de victimes»¹²

Plan d'action de la résolution 1325

La Résolution 1325 du Conseil de Sécurité des Nations Unies, adoptée à l'unanimité le 31 octobre 2000, constitue le cadre politique décisif pour incorporer la perspective Genre dans la prévention, la gestion et le règlement des conflits. La Résolution 1325 avait été bien accueillie en République Démocratique du Congo (RDC) par les organisations féminines mais ce n'est qu'en 2005 que le gouvernement national congolais, via le Ministère en charge des droits de la femme dénommé à l'époque « Ministère de la condition féminine », a entrepris les formations des agents des Ministères étatiques sur l'élaboration du Plan d'Action National de la Résolution 1325. Un Plan d'action de la résolution 1325 vit le jour et fut adopté par le gouvernement en 2010. Le Plan d'Action Nationale comprend trois niveaux pour la mise en œuvre de cette résolution : Comité de Pilotage National, Comité de Pilotage Provincial et Comité de Pilotage Local.

Les apports du Ministère de la Santé Publique

En mars 2010, la stratégie de renforcement du système de santé de deuxième génération, qui est un

¹¹ République Démocratique du Congo, Ministère de la Famille et de l'Enfant, 2013, *Ampleur des violences sexuelles en RDC et actions de lutte contre le phénomène de 2011 à 2012*, p. 20-21

¹² BCNUDH, 2014, *Progress and obstacles in the fight against impunity for sexual violence in the Democratic Republic of the Congo*, p.3

élément de la lutte contre la pauvreté, est venue apporter une contribution sanitaire à la lutte contre la violence sexuelle. Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) adopté la même année est l'instrument de mise en œuvre de cette stratégie. Soucieux d'offrir des services de santé complets et de qualité, conformes au PNDS, le Ministère de la Santé a, par ailleurs, mis à jour les normes et directives concernant la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, qui sont une catégorie de la population particulièrement touchée par une morbidité et une mortalité excessives.

Le Ministère de la Santé Publique, et plus particulièrement le Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR) a participé avec le MGFE à l'élaboration du protocole médical pour la prise en charge des victimes de violence sexuelle et des protocoles psychosociaux et santé mentale, de réintégration socioéconomique et scolaire et de la référence légale¹³. En outre le PNSR a développé le « *Module de formation des prestataires des soins de santé dans la prise en charge des survivants/victimes de violence sexuelle et basée sur le genre* » destiné principalement aux prestataires des soins de santé des HGR et CS et aux membres du BCZS et Équipes Cadres de la Zone de Santé (ECZS).

1.3.2 Au niveau provincial

En 2006, la promulgation de la nouvelle constitution congolaise a mis en marche un processus de décentralisation en RDC qui prévoit un transfert d'une partie des pouvoirs, des compétences, des responsabilités et des ressources aux provinces et aux entités territoriales. Sur la base de la décentralisation ont été établis trois paliers de gouvernance : le gouvernement central, les provinces et les entités territoriales décentralisées que sont les villes, les communes, les secteurs et les chefferies.

Cette décentralisation s'accompagne d'une répartition des recettes nationales à raison de 60% pour le pouvoir central et de 40% pour les Provinces, mais dans la réalité ce principe n'est pas encore pleinement appliqué et en conséquence, les provinces ne disposent guère des moyens nécessaires pour remplir leurs nouveaux mandats institutionnels.

L'installation des nouvelles provinces à l'Équateur n'a pas encore été finalisée car elle est une des provinces que doit être démembrée. Une commission mixte a été mise en place, par décret délibéré en Conseil des ministres du pouvoir central, afin d'étudier les conditions de ce démembrement. La nouvelle province ne pourra donc être opérationnelle qu'après présentation, par cette commission mixte, de son rapport.

L'un des grands défis reste la mise en pratique des politiques et programmes tant au niveau nationale que provinciale, concernant la VBG et les droits de femmes (PNG, SNLVBG, Plan d'action de la résolution 1325, etc.) après leur adoption: les entretiens et l'analyse swot réalisés dans la province de la Tshopo, du Sud-Ubangi et du Kwilu ont révélé une nette différence entre le discours des représentants publics et celui des femmes et hommes «ordinaires». Les représentants publics semblent dire que le gouvernement se préoccupe des besoins des femmes et en tient compte dans l'application de ses politiques, tandis que les citoyens ont généralement tendance à penser que les dirigeants ne font rien pour prendre acte des priorités identifiées par les femmes et pour appliquer sur le territoire les politiques et programmes.

A la Tshopo le Ministère de la Santé Publique englobe le MGFE et le Ministère des Affaires Sociales, alors que au Sud-Ubangi le Ministère de la Santé Publique inclut seulement le MGFE. Ceci facilite la

¹³ Les 4 protocoles de 2012 développés par le Ministère du Genre en collaboration avec le Programme Nationale de la Santé de la Reproduction sont les suivants :

- le Protocole national de prise en charge médicale des survivantes de violence sexuelle (2012)
- le Protocole national de prise en charge psychosociale et santé mentale des survivants des violences sexuelles (2012)
- le Protocole national de référence légale des survivants de violence sexuelle (2012)
- le Protocole national de réinsertion socioéconomique et scolaire des survivants de violences sexuelles (2012).

coordination des actions et la synergie entre les ministères. En plus, les Ministres du Genre et les chefs des divisions provinciales de Genre sont établis dans toutes les provinces ciblées par le projet.

Il existe un pont focal du Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR) dans les Division Provincial de la santé (DPS) à la Tshopo mais aucun point focal du PNSR existe à la DPS du Sud-Ubangi (Province Équatorial).

Au niveau provincial, même si le Plan d'Action Nationale pour l'application de la Résolution 1325 a été élaboré en 2010, il n'a vu un début de matérialisation en province qu'à partir de 2013 avec des ateliers de vulgarisation de la résolution 1325 organisés par le Comité de pilotage National avec l'appui financier de l'ambassade de Suède. Aujourd'hui, seulement deux provinces du pays ont installé leur Comité de Pilotage Provincial pour l'application de la Résolution 1325 ; le Katanga et le Sud Kivu.

Malgré les retombées graves sur la vie et l'avenir des victimes et de la société entière, on constate une certaine banalisation de ces violences, traduite par l'absence d'une réponse efficace par les pouvoirs publics, un règlement à l'amiable de tels forfaits par les leaders des communautés à la base, un silence chez la victime, une réticence à dénoncer de peur d'être marginalisée ou stigmatisée dans la société ou de peur des représailles des auteurs. Le nombre de victimes de violence sexuelle (VVS) ou de leurs proches qui saisissent la justice reste très faible et la lenteur dans le traitement des dossiers favorise l'impunité. On constate que le traitement des dossiers n'est pas fait avec la diligence et la célérité requise d'où l'absence d'une répression efficace et rapide des cas de violence sexuelle. L'impunité des agresseurs maintient la victime dans l'impossibilité d'être réhabilitée pleinement au niveau sociale.

1.3.3 Le programme d'action de développement 2013-2015 du gouvernement provincial

En général, chaque Provinces doit se doté d'un programme du Gouvernement Provincial accompagné par un programme d'action de développement qui définit les actions de développement des différents secteurs des Ministères Provinciaux en les catégorisant en programmes et sous programmes.

Le Programme d'action de développement du Gouvernement de la Province Orientale construit sa stratégie sur quatre piliers¹⁴ :

- Pilier 1 relatif à la Bonne gouvernance et à l'Autorité de l'Etat ;
- Pilier 2 relatif aux diversités économiques, accélération de la croissance, commerce et emploi;
- Pilier 3 relatif à l'accès aux services sociaux de base ;
- Pilier 4 relatif à l'environnement et changement climatique.

Entre les actions à mener (p. 136) dans le pilier 3, il y a plusieurs qui ont trait au PLVS (PLVS) :

1. Lutter contre le harcèlement et la violence sexuelle ;
2. Redynamiser le réseau des femmes et du genre ;
3. Plaider pour l'intégration dans le programme d'enseignement primaire et secondaire le cours en matière de droit de l'enfant et de la femme ;
4. Appuyer la coordination Provinciale des actions relatives au genre et à la famille.

Au Niveau du **Sud-Ubangi**, étant donné que le gouverneur n'est pas encore en place et que un Chef de Division unique fait la transition entre district et province, aucun programme d'action de développement n'a été prévu pour le Sud-Ubangi, mais un programme de développement a été élaboré au niveau de la province Equatorial. Il se déploie à travers 6 stratégies :

1. Les transport et voies de communications ;
2. Les services sociaux essentiels ;

¹⁴ Programme du Gouvernement Provincial, Kisangani, février 2013, p.4

3. La gestion de l'environnement, des ressources naturelles et amélioration du cadre de vie ;
4. Le secteur porteur de croissance et création de l'emploi ;
5. La bonne gouvernance et droits humains ;
6. La dynamique communautaire.

Dans la stratégie 2. Les services sociaux essentiels, l'objectif principal est d' « améliorer l'accès aux services sociaux essentiels, et contribuer à la promotion du genre à la réduction de la vulnérabilité et à la protection de l'environnement »

Le Sud-Ubangi a élaboré un Plan Provincial de Développement Sanitaire 2011-2015.

1.3.4 L'analyse des forces et faiblesses du secteur de la prise en charge globale des victimes des VS

Le tableau « SWOT » pour le secteur de la prise en charge globale (médicale, psychosociale, juridique et la réinsertion socio-économique) des victimes de violence sexuelle dans les provinces du Tshopo, le Sud-Ubangi et le Kwilu. Les résultats pour les trois provinces étaient très similaires.

	SECTEURS	FORCES	FAIBLESSES
INTERNE	<i>PRISE EN CHARGE MEDICALE</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Les prestataires des certains institution sont formés (le Centre Alwaleed au Tshopo et le CS Skennina à Gemena). • Certains intrants sont disponibles. • Le PAO (plan d'action opérationnel) prend en compte les VS. • Collaboration entre les différents volets. • Les protocoles de prises en charge existent. • Des structures sanitaires (HGR et CS) sont disponibles • Les Centres de dépistage volontaire du VIH (CDV) sont disponibles dans HGR • Disponibilité des Kits PEP dans certaines structures. • Disponibilité d'outils de collecte de données. 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance des Kits PEP. • Kits PEP avec intrants insuffisants. • Carence de personnel formé. • Absence de la formation continue. • Insuffisance de financement. • Turn-over très importante du personnel. • Le protocole de prise en charge médicale n'est pas connu. • Arrivée tardive des VVS. • Faible rémunération des prestataires de santé. • Manque de circuit interne pour la prise en charge des victimes. • Pas de salles appropriées pour la prise en charge. • Carence de psychologue dans les structures sanitaires. • Outils de collecte de données diversifiés et peu utilisés. • Faible couverture des VS dans les HGR et CS. • Éloignement des services sanitaires. • Sous information des opérateurs sanitaire et de la communauté sur le VBG, • Le suivi et la supervision des structures sanitaires fait défaut. • La prise en charge holistique n'est pas opérationnelle dans le secteur de la santé.

			<ul style="list-style-type: none"> • Faible coordination des différents volets de la prise en charge. • Faible sensibilisation de la communauté.
	<p style="text-align: center;"><i>PRISE EN CHARGE PSYCHO-SOCIALE</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les protocoles de prise en charge existent. • 1 structure de prise en charge psychosociale non-étatique et 1 structure étatique (le Centre Alwaleed) actives au Tshopo. • Les outils de récolte donnée psychosociale sont standardisés et utilisés. • Existence relais communautaire (ReCo). • Présence des assistants sociaux sur les territoires. • Présence de 80 assistants sociaux formé par l'UNICEF (en 2010 et 2014) dans la Province de Bandundu). • Existence de certaines ONG de prise en charge psychosociale au Kwilu. 	<ul style="list-style-type: none"> • Non-intégration des ONG au niveau de la ZS. • Absence de cadre de concertation entre les ONG et les ZS. • Les assistants sociaux (AS) sont en nombre limité et ils ne sont pas tous formés à la prise en charge psychosociale. • Problème de traçabilité des assistants sociaux au niveau de la ZS. • Non-rapportage des données au niveau des ZS. • Manque de kits pour la prise en charge psychologique. • Manque d'infrastructure appropriée. • La formation continue est absente. • Les conséquences psychologiques des VS ne sont pas connues ni par la communauté ni par les AS à cause d'une absence des sensibilisations communautaire. • Absence de spécialistes en psychiatrie et en psycho-trauma. • Les médecins et infirmiers ne sont pas formés à la prise en charge psychologique. • Les institutions spécialisées dans la prise en charge psychologique n'existent pas au Sud-Ubangi. • Le Protocol de prise en charge psychosociale n'est pas connu par les prestataires des services. • Le financement de la prise en charge psychosociale est insuffisant et aléatoire. Les structures privés manquent des financements et n'ont pas la capacité à récolter des fonds • Les services d'accompagnement des victimes sont en nombre très limités et peu performants. • Manque de cellules d'écoute (local).

			<ul style="list-style-type: none"> • Les auteurs des VS ne sont pas pris en charge. • Manque de discrétion des acteurs. • Absence d'encadrement psychologique des prestataires/ • La prise en charge holistique n'est pas opérationnelle pour manque des structures. • Faible coordination des différents volets.
	<p style="text-align: center;"><i>PRISE EN CHARGE JURIDIQUE ET REINSERTION SOCIO-ECONOMIQUE</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une partie du personnel formé (surtouts les OPJ). • Collaboration entre les différents volets. • Existence d'un Protocole de référence légale. • Existence d'un Protocole de réinsertion socioéconomique. • Existence des tribunaux itinérants, audience foraine (acte juridique et sensibilisation) • Présence des cliniques juridiques et des associations locales pour la réinsertion socio-économique. • Présences des membres du corps policier formés. • Présence de quelques affiches dans quelques bureaux sur la VS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de cliniques juridiques à Mosango et Mokala (DPS Kwilu). • Rapport médical payant. • Faible financement pour appuyer les victimes dans prise en charge juridique. • Arrangement à l'amiable très fréquents. • Corruption. • Non vulgarisation et faible connaissance des lois portant sur les violences sexuelles et basées sur le genre. • Police non-formée sur la VS. • Manque de cadre de concertation entre services judiciaires et médicaux. • Faible partage des données sur la prise en charge juridique. • Manque de réparation pour la victime. • Retard dans le traitement des cas ; long durée du processus judiciaire ; coût de la prise en charge juridique et judiciaire inaccessible. • Absence d'information dans le parcours juridique de l'agresseur. • Fuite des agresseurs au niveau de la prison de Gemena (Sud-Ubangi). • Absence de logiciel pour la récolte des données • Structures de réinsertion socioéconomique pas actives par manque de financements. • Manque de personnel formé dans le cadre de réinsertion socio-économique sur les VS.

			<ul style="list-style-type: none"> Outils de travail (protocole Nationale) pas connu pour la réinsertion socioéconomique
EXTERNE	SECTEURS	OPPORTUNITES	MENACES
	<i>PRISE EN CHARGE MEDICALE</i>	<ul style="list-style-type: none"> Implication de l'État Congolaise en nommant une Conseillère Spéciale sur la VS. Des ONG locales, des Partenaires Technique et Financier (PTF) sont actives (SANRU/Fonds Mondial, UNICEF). Programme CTB en cours de formulation. Projet genre de Memisa au Kwilu et Gemena. Signature de la Charte de Partenariat par les bailleurs. Existence d'une ligne budgétaire spécifique pour les VS dans le PAO. Existence de la Loi de 2006 et 2009 sur les Genre et d'une stratégie nationale sur les VS (SNLVGB). Coordination de la mise en œuvre de la stratégie nationale (SNLVGB). La décentralisation administrative qui rapproche la population des autorités et permet une gestion locale plus adaptée des fonds. 	<ul style="list-style-type: none"> Incertitudes sur la mise en œuvre de la décentralisation et des conflits d'intérêts et frictions qui en découlent Le « chacun pour soi » des ministères nationaux et des administrations déconcentrées Difficulté à pérenniser la prise en charge holistique des VVS pour financement à court terme et peu d'appui institutionnel de la part des bailleurs. Le gouvernement provincial n'a pas le budget escompté pour son plan d'action de développement et en particulier pour les actions qui sont en lien aux VBG et aux VS Pratiques et coutumes traditionnelles qui soutiennent la violence et les pouvoir des hommes Conflits ethniques internes qui causent de l'instabilité politique, de l'insécurité et des violences. Discrimination et stigmatisation des VVS ; la loi du silence. Source unique d'approvisionnement des Kits PEP (UNICEF ou SANRU/Fonds Mondial). Risque dans la pérennisation si les Kits sont fournis gratuitement.
	<i>PRISE EN CHARGE PSYCHO-SOCIALE</i>	<ul style="list-style-type: none"> Idem comme ci-dessus. 	<ul style="list-style-type: none"> Idem comme ci-dessus.
	<i>PRISE EN CHARGE JURIDIQUE ET REINSERTION SOCIO-ECONOMIQUE</i>	<ul style="list-style-type: none"> Idem comme ci-dessus. 	<ul style="list-style-type: none"> Idem comme ci-dessus. Politique de rémunération des OPJ et des Magistrats inadéquate et démotivante ; corruption. Manque de suivi des autorités judiciaires sur les dossiers des VVS.

1.3.5 Résumé des problèmes principaux

Les problèmes principaux qui découlent de l'analyse « SWOT » peuvent être résumés comme suit :

1. Les prestataires sanitaires (médecins et infirmiers) ne connaissent pas les protocoles nationaux des prises en charge des VVS. Le protocole nationale de prise en charge médicale des VVS sont peu connus ;
2. La faible utilisation des services de santé par les VVS et leur arrivée souvent tardive.
3. Sous-financement de la prise en charge multisectorielle des VVS tant au niveau national que provincial. Même si des Plans de développement existent peu de fonds sont réservés à la prise en charge multisectorielle des VVS
4. Rupture des stocks pour les Kits PEP ;
5. La peur des VVS d'être marginalisés ou stigmatisés dans la société et leur crainte des représailles par les auteurs.
6. L'insuffisance des psychologues dans les structures et des psychologues formés au psycho-traumatisme ;
7. Le protocole de prise en charge psychosociale et de réinsertion socio-économique est peu connu par les assistants sociaux. L'assistance psycho-sociale des victimes reste très faible au niveau provincial par manque de compétences et par manque de structures spécialisées. Tous ces services sont offerts de façon partielle par des structures variées chacune suivant son domaine de compétence et ses possibilités financières;
8. La coordination entre les services est peu fonctionnelle et aucun accord claire existe entre les différents ministères pour l'opérationnalisation de la prise en charge holistique des VVS ;
9. La question de l'égalité du genre n'est pas prise en compte par la communauté. La communauté n'est pas sensibilisée aux pratiques et coutumes traditionnelles qui soutiennent la violence et les normes sociales selon lesquelles les hommes sont dominants et les femmes, soumises ;
10. La protection des victimes né pas assuré par la communauté qui est très peu informée et mobilisée sur les conséquences médicales et psychologiques de violence sexuelle, sur les lois qui les répriment et sur les services disponibles pour les VVS. La violence sexuelle a un impact catastrophique sur la qualité de vie des victimes, avec une dégradation de leur vie personnelle, familiale, amicale, amoureuse, sociale, scolaire et professionnelle (risque de solitude, marginalisation, d'exclusion, d'abandon scolaire, de grande pauvreté, de toxicomanie, de délinquance.)
11. Le système judiciaire n'est pas très perspicace dans le traitement des dossiers VBG alors que la lutte contre l'impunité s'avère être le maillon central dans la lutte contre ces crimes.

2 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

2.1 Les principes généraux du programme santé

Le PLVS est partie intégrée du programme d'appui au secteur de la santé en RDC. Les trois composantes du programme santé (appui au niveau central, appui au niveau intermédiaire et la lutte contre la VS) doivent se renforcer mutuellement à base de l'identification et l'exploitation des synergies possibles et d'une capitalisation continue des leçons apprises au niveau intermédiaire et au niveau central.

2.1.1 Les principes généraux du programme

2.1.1.1 Définition d'un programme de coopération

Un programme de développement est défini dans ce contexte comme un ensemble d'interventions qui ont un objectif en commun (le renforcement du secteur de la santé) et qui sont cohérentes entre elles, avec des synergies et complémentarités explicitement identifiées.

Il s'agit en premier lieu d'une coordination politique de différentes interventions relativement indépendantes l'une de l'autre. En effet, le danger principal de plusieurs interventions dans un même secteur se trouve dans le fait que les initiatives d'innovation se contredisent et ne sont pas mises en commun. Les différentes initiatives de financement du secteur servent d'exemple. La BM, l'UE et la coopération belge, indépendamment l'une de l'autre, ont pris des initiatives pour remédier à la commercialisation¹⁵ des soins de santé en RDC. Le résultat est l'existence de 3 approches différentes de financement des soins, qu'il faut après essayer harmoniser. Loin de dire que cette situation était évitable, mais entre interventions belges au moins, cette coordination des initiatives devrait être possible¹⁶.

2.1.1.2 Description du programme dans son ensemble

Le programme santé de la coopération belge est caractérisé par un appui au secteur à 3 niveaux de l'organisation sanitaire, notamment au niveau central (MSP) (avec le programme d'appui au niveau central - PANC), le niveau intermédiaire (les provinces) et opérationnels (les zones de santé) (avec le programme d'appui aux divisions provinciales de la santé et zones de santé – PADP). Les deux derniers constituent le niveau décentralisé suivant la réforme. La lutte contre la violence sexuelle (avec le Programme de Lutte contre la violence sexuelle – PLVS) s'ajoute comme un thème d'attention particulier et qui, bien que l'ancrage se trouve dans le secteur de la santé, aura des liens avec d'autres secteurs, notamment aussi avec comme la justice, la police, affaires sociaux, et l'enseignement.

La Figure 2 montre les 3 grandes composantes du programme. Important dans le schéma sont les liens horizontaux et verticaux entre les interventions individuelles, indiquant le besoin de communication et de coordination entre elles. Des mécanismes de communication et de coordination entre les différents niveaux seront établis pour assurer la cohérence entre eux, facilitant ainsi également la capitalisation des expériences de terrain. Chaque composante du programme identifiera ses propres activités et aura une indépendance de gestion et de décision. Des mécanismes de concertation et de planification conjointe seront établis cependant pour s'assurer que les synergies et actions complémentaires soient réalisées. Ces synergies et complémentarités sont explicitement listées (sans être exhaustives) dans chaque DTF. Ceci implique aussi que les acteurs (cadres nationaux, mais surtout les CTI et CTN) s'identifient avec le programme et mettent leurs compétences en commun dans un pool d'expertise, plutôt que d'être liés chacun uniquement à son volet ou projet spécifique.

¹⁵ La commercialisation des soins est définie comme la dérive que les soins ont comme objectif principal d'enrichir le soignant au détriment de la qualité des soins et le bien-être du patient, indépendamment du fait qu'il s'agit de services publics ou privés.

¹⁶ Cette coordination politique est la raison principale pour laquelle le coordinateur du programme doit avoir obligatoirement un profil d'expert sectoriel.

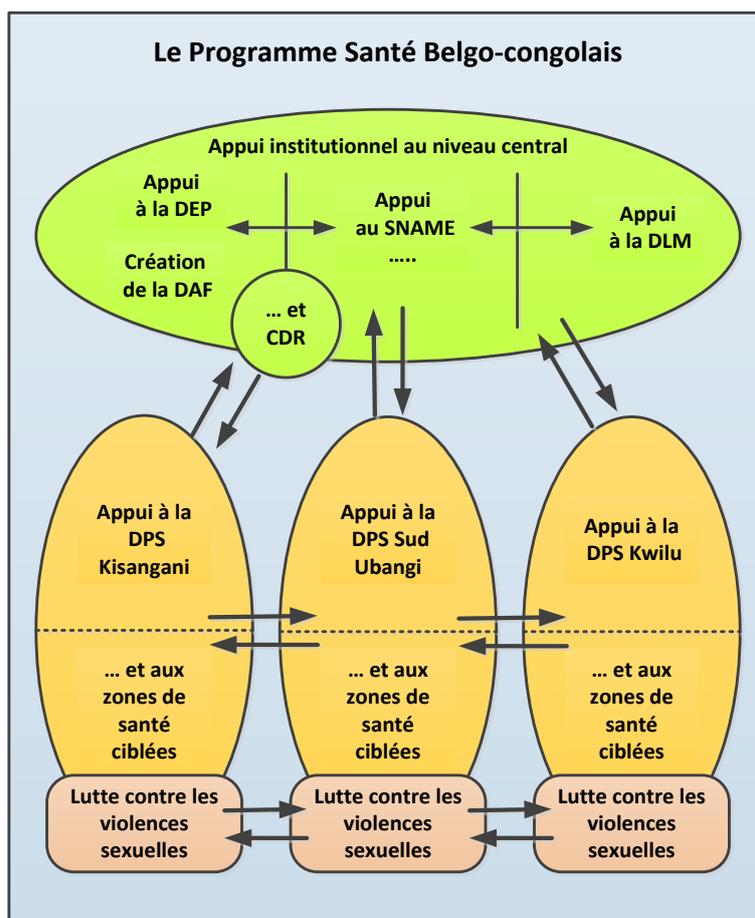


Figure 2 : Le programme santé Belgo-congolais

Cette coordination est tout d’abord une coordination au sein du secteur¹⁷ et se réalisera en appuyant les structures de coordination prévues dans la politique de santé du pays. Il s’agit du conseil national de pilotage du secteur de la santé (CNP-SS) au niveau national, des comités provinciaux de pilotage (CPP) et des conseils d’administration (CA) des Zones de Santé.

2.1.2 Un appui institutionnel au niveau central et opérationnel dans le cadre d’un appui global au secteur

La Figure 3 montre comment le programme d’appui au secteur santé en RDC a été conçu. Le développement étant un processus cyclique de formulation d’une politique qui se confronte avec l’expérience de sa mise en œuvre, le programme d’appui intervient en appui aux différents niveaux d’organisation des soins avec des rôles distincts pour le niveau central (conception des politiques ; violet dans le schéma) et le niveau opérationnel qui est essentiellement sensé mettre en œuvre la politique mais pas sans une interprétation, voire une adaptation aux circonstances locales (orange dans le schéma). Chaque niveau doit disposer de plusieurs capacités techniques et opérationnelles pour faire face à ces rôles. Ainsi le niveau central doit développer une capacité de concevoir des politiques efficaces et réalistes, mais aussi une capacité d’écoute de toutes les parties prenantes afin d’apprendre des opinions, des leçons et des expériences documentées (recherche-action ; action probante). En partie, il s’agit ici d’une attitude plutôt que d’une capacité intellectuelle. Finalement, le niveau central doit développer et mettre en œuvre des stratégies de communication et de dissémination des politiques vers le niveau opérationnel. Les DPS, installées récemment conforme la politique de décentralisation du pays, ont aussi un rôle dans la conception et dissémination d’une politique sectorielle, adaptée au contexte de

¹⁷ La coordination des entités congolaises est prioritaire sur la coordination des projets. Les interventions se coordonneront tout d’abord à travers la coordination des structures congolaises dans lesquelles elles sont intégrées.

chaque province. Vu leur indépendance relative par rapport au niveau central, leur articulation et complémentarité avec ce niveau central restent à construire et le programme d'appui de la coopération belge aura une attention particulière pour appuyer le renforcement, voire la définition de ces relations fonctionnelles. Les opportunités de coordination et d'échange entre niveau central et DPS sont traduites dans ce DTF en activités de planification, capitalisation, évaluation et introduction conjointe d'outils de gestion et de soins. Les relations entre la future DOGS et les DPS seront particulièrement prises en compte dans le programme d'appui, étant donné que les enjeux de qualité des soins sont énormes et que cette direction centrale est relativement peu appuyée actuellement par les partenaires au développement.

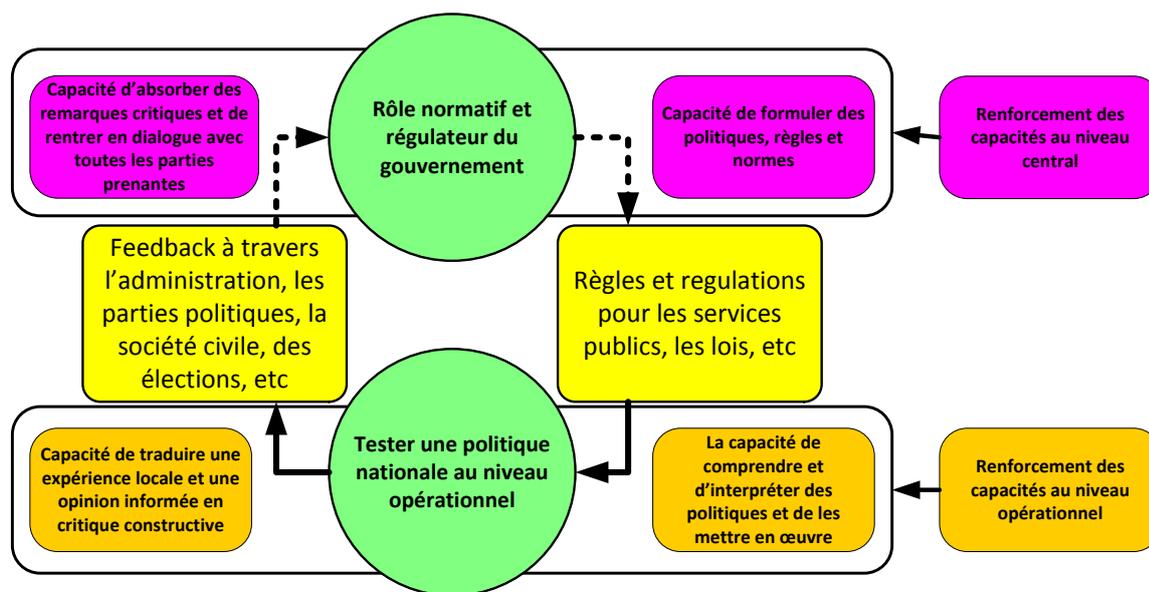


Figure 3: Conception globale d'un programme d'appui à un secteur technique

Par contre, le niveau opérationnel devrait avoir la capacité de traduire les politiques en action concrète, être capable de réaliser le monitoring des initiatives et de traduire d'une façon autonome les expériences ainsi accumulées en propositions constructives d'adaptation des politiques à adresser, en premier lieu, au niveau provincial (DPS). Les DPS à leur tour devraient faire remonter les expériences et propositions au niveau central afin d'alimenter le développement continu d'une politique nationale cohérente. Les zones de santé constituent donc le véritable niveau opérationnel qui nécessite une relative autonomie de décision et d'action afin de pouvoir gérer les expériences concrètes et pratiques qui permettront une réelle capitalisation.

2.1.3 Accompagnement du processus de développement sectoriel

Les interventions de la coopération belge s'inscrivent dans une logique d'accompagnement d'un processus de développement endogène. Ceci signifie que les interventions s'alignent automatiquement à la politique sectorielle et à la planification des institutions appuyées.

Par rapport à l'alignement, il s'agit d'un alignement critique, c'est-à-dire, partant d'une politique existante, les interventions appuient et suivent l'application de cette politique et en tirent les conclusions. Ils se demandent si la politique effectivement atteint les résultats escomptés et si des modifications ou interprétations spécifiques sont nécessaires. Pour un alignement critique, l'approche de la recherche action (action réflexive) et la capitalisation sont indispensables.

Par rapport à la planification, les interventions s'inscrivent dans les plans annuels des institutions appuyées. Virtuellement, la planification spécifique de l'intervention peut ainsi être remplacée par une revue des plans nationaux, des divisions et des zones afin de décider quels aspects du plan seront

activement appuyés que ce soit financièrement ou techniquement. Une telle approche s'inscrit parfaitement dans la volonté des autorités congolaises de coordonner l'ensemble des partenaires au développement autour d'un plan commun congolais. La partie congolaise considère que les PAO soient un outil de coordination : un seul plan opérationnel intégré par niveau prenant en compte les interventions de tous les bailleurs.

Pour une meilleure coordination entre bailleurs avec le pays partenaire, le ministère a créé à chaque niveau de la pyramide sanitaire un organe de coordination :

- Conseils d'Administration des Zones de Santé
- Comités Provinciaux de Pilotage (CPP-SS)
- Comité National de Pilotage (CNP-SS)

Le programme belgo-congolais s'inscrit dans cette démarche à chaque niveau et appuiera les parties prenantes congolaises à rendre fonctionnels ces organes de coordination. Les activités du programme seront définies sur base des plans nationaux.

Le Comité National de Pilotage, organisé au niveau de la DEP, a comme mandat la coordination des partenaires au développement au niveau national, qui progressivement devraient s'intégrer complètement dans la programmation nationale à travers un fonds commun ou un appui budgétaire sectoriel. La même logique se dessine au niveau provincial. Les comités Provinciaux de Pilotage réunissent tous les bailleurs autour d'un plan provincial. A terme, un fonds commun à ce niveau devrait être techniquement et politiquement envisageable. Pour le moment les structures provinciales sont encore trop nouvelles et la gestion financière et des marchés publiques trop faibles pour permettre une réelle intégration de l'ensemble des bailleurs.

Au niveau des zones de santé, qui est un véritable niveau opérationnel et non-politique, les conseils d'administration devrait réunir les bailleurs autour d'un plan annuel d'exécution.

2.1.4 Une approche intégrée et coordonnée

Vu la complexité et le nombre d'acteurs impliqués, les mécanismes suivants devraient offrir les garanties pour une approche intégrée et bien coordonnée :

2.1.4.1 Une évaluation et planification annuelle conjointe

Les DTF prévoient qu'à l'occasion des évaluations et planifications annuelles, l'assistance technique se réunisse pendant une semaine ensemble avec le partenaire pour partager les expériences de l'année écoulée et pour s'assurer que les plans d'action pour l'année à venir soient réellement complémentaires et que les activités conjointes soient correctement planifiées.

En terme pratique, ceci implique la tenue d'un atelier annuel qui pourra s'organiser soit au niveau national, soit dans une des DPS. Il ne s'agit pas d'une planification annuelle en détail des activités et sous-activités mais plutôt d'une mise en commun des idées et des axes d'attention qui après feront objet d'une planification individuelle par volet / DPS. Les plans détaillés pourront être partagés après pour information.

2.1.4.2 Une coordination horizontale à deux niveaux

Les différents volets de l'appui institutionnel au niveau central doivent se réunir régulièrement pour échanger sur la planification, la préparation des SMCL (voir plus loin) et les exercices de capitalisation. Mais les réunions d'échange entre ATI peuvent s'organiser plus fréquemment si cela s'avère nécessaire. Il revient au coordinateur d'être attentif à ces occasions.

Au niveau des DPS, les SMCL biennuelles permettront de réunir les ATI et le partenaire au niveau d'une seule DPS ainsi que la coordination du programme pour profiter des échanges d'idées et des expériences. Les ateliers de capitalisation représentent une autre occasion évidente.

2.1.4.3 Des ateliers de capitalisation et la participation coordonnée aux revues annuelles du secteur

Les planifications annuelles constitueront des occasions pour identifier les opportunités de capitalisation. C'est à ce moment que des ateliers ou séminaires pourront être programmés qui permettront l'échange des expériences. Selon les sujets couverts, d'autres partenaires au développement seront invités.

2.1.4.4 Mise en commun des compétences individuelles

L'assistance technique est définie comme une véritable équipe. Ceci signifie que bien que chaque ATI soit ancré à une institution de santé donnée, telle une direction ou DPS, il travaillera dans un ensemble coordonné. Chaque ATI réalisera des (sous-)activités pour le compte d'un autre volet, selon ses compétences et capacités individuelles. Le succès de l'équipe sera le succès de l'individu. La façon de réaliser les visites de backstopping et les évaluations externes viseront à renforcer l'équipe plutôt que les individus (voir plus loin).

2.1.4.5 Visites de coordination

L'ATI coordinateur fera des visites de terrain et organisera la communication et la mise en commun des expériences. Une visite par trimestre par DPS semble raisonnable. Il pourra déléguer certaines visites de terrain à d'autres ATI du niveau central, ou les joindre à sa mission selon les thèmes à couvrir.

2.1.4.6 Visites de backstopping et d'appui scientifique international

Des visites de backstopping (EST siège) et d'appui scientifique (institutions ayant une expérience académiques internationales et congolaises) seront organisées au moins semestriellement. Un lien explicite sera fait avec le projet RIPSEC. Ces visites viseront en principe l'ensemble du programme et animeront l'équipe du programme plutôt que les ATI individuellement. Cette approche n'empêche pas d'adresser des problèmes plus spécifiques ou des composants individuels du programme, mais remettra les constats et débats toujours en perspective avec l'ensemble du programme d'intervention.

2.1.4.7 Les évaluations externes intégrées

Les différents composants et volets et composants du programme seront évalués dans leur ensemble. Les succès et défis seront étudiés dans leur globalité et les recommandations feront toujours allusion à une réaction globale du programme plutôt qu'individuelle. Les évaluations suivront une méthodologie de 'realist evaluation' ou 'évaluation réaliste'. Une évaluation réaliste veut donner une réponse à ce que l'intervention a contribué au changement de la situation, et quels facteurs, événements ont été bénéfiques ou contraires aux résultats escomptés. En d'autres mots, il ne s'agit pas simplement de constater que les activités planifiées ont été exécutées et que les indicateurs ont atteints (ou pas) le niveau proposé mais on cherche à chaque fois d'expliquer pourquoi la situation est ainsi. Ceci permet, sans trop juger les personnes impliquées dans le processus, d'éclaircir les forces de changements positives ou négatives et donc d'apprendre. Les termes de référence des évaluations tiendront compte de cette approche.

2.1.5 L'approche multi-bailleurs

L'approche multi-bailleurs est définie comme une approche conjointe de tous les bailleurs autour du développement du secteur de santé en RDC. Cette intention reflète la volonté de la partie congolaise et du GIBS pour créer plus de harmonisation et d'alignement dans le secteur parmi tous les bailleurs.

La différence entre la situation réelle et les intentions reste très grande, ce qui est tout à fait compréhensible vu les points de vue divergents entre bailleurs (vision sur le système de la santé, son développement, les logiques administratives différentes, et des stratégies divergentes avec comme exemple les nombreuses initiatives autour de la tarification des soins et le financement des services). Ces divergences sont en partie liées à la faiblesse de la coordination de la part des autorités congolaises dans la santé dans le passé et à l'étendu et l'isolement relatif du terrain qui rend la concertation plus difficile. Le facteur bailleur n'est pas à sous-estimer non plus. Beaucoup de bailleurs n'ont pas réellement

l'intention de s'intégrer dans une même approche ou même de s'intégrer dans les structures congolaises. Il reste donc aussi un grand effort à réaliser au sein du GIBS afin d'arriver à une position conjointe, non seulement sur le diagnostic des faiblesses du système, mais aussi sur la manière d'y répondre. Dans ce contexte, la Belgique s'est montrée particulièrement dynamique et volontaire dans le passé et jusqu'à aujourd'hui.

Le programme belge en santé en RDC considère l'approche multi-bailleurs comme un processus envers de plus en plus d'alignement et d'harmonisation. Il jouera dans ce sens un rôle très proactif.

Les interventions s'inscrivent dans la mise en place graduelle d'une approche multi-bailleurs sur différents plans :

- Le coordinateur du programme renforcera techniquement le GIBS qui contient peu de compétences techniques de santé publique. Les autres ATI seront invités selon les besoins et thèmes abordés par l'ambassade belge.
- Les interventions belges appuient techniquement et financièrement la fonctionnalité des organes de coordination congolais qui ont comme but principal la coordination des bailleurs.
- Les interventions belges travailleront vers plus d'harmonisation (et d'alignement) sur certains dossiers techniques santé publique. A titre d'exemple, les interventions travailleront vers une harmonisation des stratégies de financement pour arriver à une stratégie nationale unique. L'ATI économiste de la santé lié à la DEP travaillera sur ce sujet presque plein temps. Les appuis aux DPS regarderont de leur angle la même problématique.
- La recherche-action et les exercices de capitalisation des expériences du niveau opérationnel prévus dans les interventions belges créeront de nombreuses occasions de concertation impliquant l'ensemble des bailleurs.
- Les CTI du niveau central participeront dans des groupes de travail techniques dans lesquels les autres bailleurs participeront également.
- Les interventions belges dans la santé s'intègrent totalement dans les planifications des structures qu'elles appuient. La complémentarité avec les autres bailleurs qui appuient les mêmes structures et activités sera continuellement négociée. A titre d'exemple, puisque la BM déjà finance le revenu des équipes DPS de Kwilu et de Sud-Ubangi, des fonds sont transférés des 2 volets à ce niveau vers la DPS du Tshopo pour financer leur revenu entièrement.
- La flexibilité en termes de planification et gestion des interventions belges, combinée avec l'insertion complète dans les structures congolaises, permettra un ajustement continu des interventions lors de la phase d'implémentation.

En dehors des contraintes ou difficultés déjà mentionnées, il reste l'imprévisibilité des bailleurs. Chaque bailleur a sa séquence de planification qui dépend largement de la disponibilité de nouveaux financements, du succès de décaissement d'une phase précédente et des procédures y compris les retards qui en découlent, pour définir de nouvelles interventions. Il s'agit souvent de facteurs externes liés au pays du bailleur qui sont difficilement influençables.

2.2 Orientations stratégiques spécifiques pour le PLVS

2.2.1 L'approche « One Stop Centre » adaptée au rôle spécifique du secteur de la santé

Le PLVS s'inscrit dans la mise en œuvre de la stratégie nationale multisectorielle et le fera à base de l'approche « *One Stop Centre* » (centre d'accueil unique) (OSC). Un centre OSC pour les VS est un endroit – centre spécialisé - auquel les victimes arrivent pour une prise en charge holistique qui comprend la prise en charge médicale, la prise en charge psychosociale/psychologique, l'aide juridique et la réinsertion socio-économique.

Développer sur le terrain un OSC est complexe et prendra du temps. L'approche demande l'implication

de plusieurs instances et un accompagnement avec plusieurs expertises souvent très variées (médecins, sociologues, psychologues, experts juridiques, la police...). Le PLVS envisage le développement en premier lieu de la prise en charge des VVS qui émane directement de la responsabilité du secteur de la santé, notamment la prise en charge médicale et la prise psychologique/psychosociale sans pour autant perdre de vue les autres aspects de la prise en charge multisectorielle. Pour les services d'aide juridique et de réinsertion socio-économique les structures de santé prendront contact avec les instances juridiques locales pour développer conjointement une approche pratique de prise en charge juridique des victimes. Parmi les initiatives on doit envisager de structurer un système de référence et contre-référence avec des acteurs « externes » concernés: la police, les associations spécialisées en aide juridique et en réinsertion socio-économique. Le référencement ne se fera que sur consentement éclairé de la victime. Dépendant où la victime se présente d'abord (au niveau des services de santé ou juridiques) des instructions opérationnelles, basées sur les protocoles existants doivent être développés pour que chaque acteur puisse savoir comment rentrer en contact avec les autres instances qui prennent en charge les victimes. Le projet financera éventuellement le déplacement de la victime, mais préférablement des autorités concernées pour qu'une concertation optimale se matérialise.

Une telle approche doit permettre à la victime d'accéder à tous les services mais aussi dans les délais à respecter. Pour une bonne prise en charge médicale, mais aussi juridique, une victime de violence sexuelle devrait se présenter au plus tard dans un délai de 72 heures à une formation sanitaire qualifiée afin de recevoir à temps la prophylaxie post exposition (PEP), la contraception d'urgence, et les tests biomédicaux et de recevoir un examen médical physique par un médecin pour les constats et prélèvements juridiques.

2.2.2 Une approche intégrée dans les services de santé publics

En principe la prise des VVS s'intègre dans un service de santé global de santé publique. Bien qu'il s'agit d'une approche en partie particulière, avec des compétences pas entièrement les mêmes comme pour un service de santé polyvalent classique, la lutte contre les VS entre dans le paquet des soins intégrés.

Le principe de l'intégration mène le projet à établir un protocole spécifique (ou instruction opérationnelle : l'application en termes pratiques des protocoles) à base d'une analyse des 4 protocoles génériques existants partant du rôle du secteur de la santé et adapté aux responsabilités spécifiques de chaque niveau (1 pour le premier niveau du CS et 1 pour le deuxième niveau de l'HGR).

La victime (et/ou sa famille) se présentera dans un centre de santé ou dans un hôpital général de référence.

- Au niveau des centres de santé, une instruction de prise en charge devra être mise en place qui est complémentaire, comme pour tous les autres soins, aux soins livrés au niveau des HGR. Puisque le champ de compétences au niveau des centres de santé est limité (et le restera encore longtemps, vu la spécificité et particularité du problème : examen médical légal, test VIH et test de grossesses, prélèvement vaginal, etc.), il s'agirait à ce niveau surtout d'une prise en charge ponctuelle et d'une référence de qualité (communication !) vers un centre spécialisé au niveau des HGR. Cette référence est relativement urgente puisque les différentes démarches doivent se réaliser dans les 72 heures au plus tard pour être fiables ou efficaces. Tous les centres de santé des zones appuyées seront formés dans ce sens
- Au niveau des HGR, de centres spécialisés dans la prise en charge des victimes doivent être installés capables de fournir des services qui réunissent plusieurs domaines de compétence, notamment la prise en charge médicale, la prise en charge psychosociale et psychologique, et (parfois) la prise en charge psychiatrique. Il s'agit d'une équipe qui est spécialisée mais intégrée dans une équipe de soins générale de l'hôpital avec un focus spécifique sur différents aspects de la santé physique et mentale.

- La référence vers les « services externes », comme la police, la justice et/ou des associations pour la réinsertion socio-économique, se fera à partir de l'HGR. Dans la mesure du possible, ces services externes se déplaceront à voir la victime dans l'HGR après son consentement éclairé explicite. Un système de référencement agile et confidentiel sera établi et financé par le projet en attendant un système plus pérenne.
- Au sein des structures de santé (CS ou HGR) il faudra développer un circuit interne afin d'assurer une prise en charge fluide, rapide, non-stigmatisant et confidentielle dès le moment de l'arrivée de la victime. Au sein des HGR, un centre d'excellence spécialisé dans la matière devrait exister qui pourra couvrir les différents aspects de la prise en charge.

Les interventions médicales ne peuvent pas être limitées aux conséquences immédiates de la violence sexuelle mais doivent assurer un continuum de soins à long terme à cause des grossesses (les accouchements, les soins obstétricaux d'urgence, les complications liées aux avortements (clandestins), les fistules obstétricaux), des IST, le VIH/Sida ou d'autres pathologies attrapées à conséquence de l'acte de violence sexuelle, qui peut être combinée avec d'autres formes de violences physiques et psychologiques.

Il faut également souligner qu'en RDC les services de santé mentale sont peu disponibles et ne sont pas intégrés dans le paquet minimum des soins (CS) ni dans le paquet complémentaire de soins (HGR). Souvent la prise en charge psychosociale/psychologique est fournie par des infirmiers ou des assistants sociaux qui ont reçu une formation complémentaire.

Les OSC vont intégrer la prise en charge psychosociale qui a une composante urgente dès l'arrivée d'une victime (essentiellement support psychologique, maintien d'un dialogue avec la famille) mais aussi une composante long-terme qui est la prise en charge des femmes qui souffrent de détresses psychologiques ou conséquences sociales (divorce, ...) qu'elles n'arrivent pas à surmonter sans support externe.

2.2.3 La mobilisation communautaire au travers de la sensibilisation et la prévention

La problématique de la violence sexuelle est entourée par des tabous, de la stigmatisation et de la discrimination, surtout dans des régions où certaines formes de violences sexuelles sont issues de certaines coutumes et traditions – souvent secrètes - qui ont un effet nuisible sur les droits des enfants et des femmes en particulier. Ceci explique – au moins partiellement - le nombre de cas limité pris en charge (surtout des femmes adultes), la prise en charge tardive, le taux élevé des arrangements à l'amiable et le rejet social des victimes/survivant. En plus on a constaté une faible prise de conscience parmi les prestataires des services de soin concernant les effets nuisible des violences sexuelles sur la santé médicale, mentale et sociale des victimes.

L'approche OSC n'envisage pas seulement la victime comme individu isolé mais prend charge de la victime comme membre de sa communauté. Pour une bonne prise en charge il est important que la population en général et les prestataires de services comprennent l'importance d'une diagnose et traitement à temps. Le PLVS développe des initiatives afin de relever les tabous culturels qui empêchent la recherche d'aide professionnel aux centres spécialisés. La sensibilisation communautaire est une composante essentielle du PLVS et sera mené à base des résultats d'une analyse sociale et anthropologique approfondie de la problématique et des besoins spécifiques de la population en termes de prévention, prise en charge et réinsertion. Cette analyse abordera la problématique de la violence sexuelle dans un contexte plus vaste d'inégalités de genre et des violences basées sur le genre (VBG). On assume qu'une sensibilisation appropriée peut amener à une mobilisation des communautés locales aussi bien au niveau de la prévention et protection des victimes qu'au niveau du dépistage et du référencement vers les structures sanitaires et psychosociales et facilitera la réinsertion sociale de la victime.

Dans le cadre de la prévention et la sensibilisation le PLVS identifiera également des synergies possibles avec d'autres interventions de la CTB dans les provinces ciblées étant entendu qu'en principe toutes ces interventions ont une composante genre/VIH/droits sexuels et reproductifs. En particulier le PLVS envisagera le développement des lignes de collaboration avec les interventions de la CTB dans le secteur de l'éducation et la formation professionnelle et technique au Tshopo qui ciblent une population jeune et vulnérable.

2.2.4 Le développement d'une approche basée sur des évidences scientifiques et l'usage du « Grounded Theory »

2.2.4.1 Une approche scientifique appliquée

La conception du PLVS est basée sur l'hypothèse qu'une prise en charge des victimes appropriée et adaptée aux contextes socio-culturels et socio-économiques spécifiques de la région aboutira dans une meilleure qualité des soins et par conséquent d'un accroissement de la demande de services, même si pour les services de soins médicaux et psychosociaux la victime – ou sa famille - est demandée de faire une contribution financière. Les différentes études prévues doivent partir de cette principe et feront partie intégrée d'une approche recherche action. La recherche action part de – mais ne se limite pas à - une description et analyse de la situation initiale. À base des résultats de cette analyse des propositions concrètes seront développées en vue d'effectuer des changements réels dans l'accès aux services des soins, la qualité de la prise en charge, la demande d'aide pour les victimes et un accroissement de l'impact des activités de prévention et de sensibilisation. Ce processus de changement sera proprement documenté, évaluée et capitalisée. La capitalisation se fera au niveau provincial et au niveau central. Toutes les initiatives de suivi scientifique de ce processus doivent s'inscrire dans cette approche et envisager un appui réel et effectif à la mise en œuvre du PLVS en apportant des solutions concrètes pour les problèmes sur le terrain.

2.2.4.2 L'approche du « Grounded Theory »

La VVS a besoin, souvent au même moment, de plusieurs types de soins. Dans un cas aigue, la victime a besoin d'un support psychologique, dite psycho-social, d'un bilan physique (séropositivité, grossesse, blessures, ...), éventuellement une référence vers la police ou la justice et dans le cas d'un centre de santé, une référence vers un service plus spécialisé. Un bilan familial et social devra être établi assez vite après la première consultation pour éviter des conséquences chroniques souvent difficiles à rétablir, dans ces domaines.

Dans sa phase chronique la victime aura besoin d'un bilan physique et psychosocial de nouveau, mais avec plus d'accent sur une prise en charge psychosociale, voire souvent psychiatrique. C'est à ce moment que des interventions actives dans la communauté et la famille sont souvent indiquées ainsi qu'une prise en charge médicamenteuse en plus d'un support psychologique de la victime.

Figure 4 montre schématiquement la position de la VVS dans son environnement social, que ce soit sa famille comme environnement proche ou l'environnement plus général qu'est la société locale. Un certain nombre de parties prenantes, en relation avec la victime est explicité. Chacune de ces parties peut jouer un rôle positif ou négatif sur le bien-être de la victime. D'autres facteurs sont plutôt liés à la personne même et donc individuels.

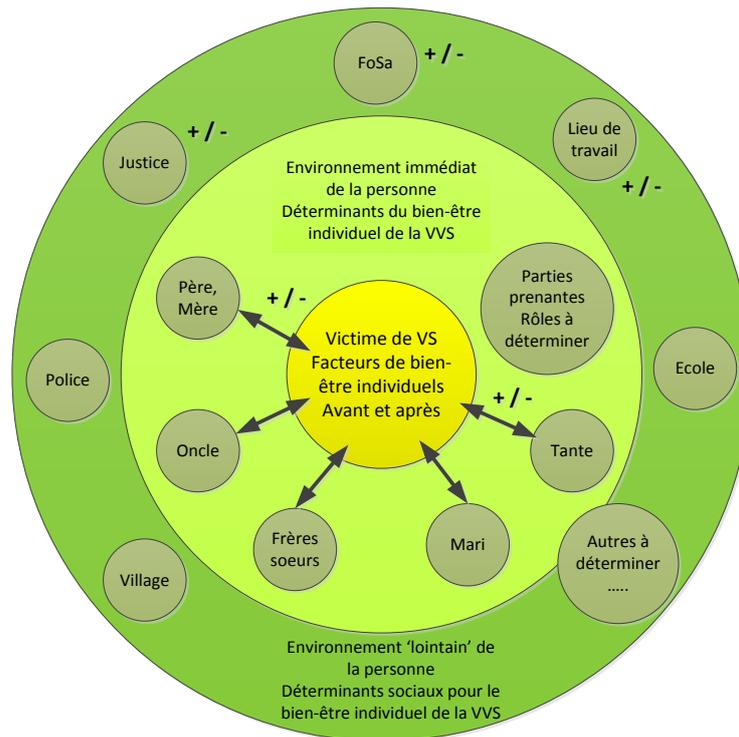


Figure 4 : Représentation de l'être VVS dans son environnement social et l'analyse préliminaire des parties prenantes potentielles par rapport à son bien-être

Le schéma représente toute personne dans son environnement qui détermine (en partie) son bien-être. Dans le cas de la VS, il s'agit d'une victime caractérisée par sa propre personnalité et son être individuel (facteurs positifs ou négatifs pour ses mécanismes de « *coping* »¹⁸ et avec des relations sous pression par rapport à ses proches et la société (des facteurs externes qui déterminent son état de bien-être et de « *coping* »).

Bien que Figure 4 évoque une série de parties prenantes, potentiellement importantes par rapport au bien-être de la victime, il n'est pas tout à fait clair quel rôle exactement jouent ces parties. On ne sait pas non plus si cette liste est complète. Ce qui est connu est le fait que les rôles et interprétations des événements sont déterminés socialement et culturellement. Ils sont donc spécifiques pour chaque société et donc largement inconnu et insuffisamment compris pour utiliser dans des protocoles et approches universelles.

Quel exactement est le rôle d'un père ? Le rôle d'un mari ? Le rôle d'un oncle ? L'anthropologie apprend que ces rôles sont distribués dans une société de façon spécifique. Leur compréhension est un préalable pour intervenir dans le système de support de la victime.

Les parties prenantes possibles sont aussi spécifiques par rapport à la type de victime. Une jeune fille n'a simplement pas de mari, mais va peut-être encore à l'école. Dans ce cas, la réaction de l'école pourrait être important pour la 'survie' de la victime dans sa société. Dans un cas de femme mariée ou une femme divorcée, les parties prenantes et leur réaction seront différentes. L'appui à la victime par les services de santé devra être spécifique à chaque situation.

Les rôles et les facteurs positifs ou négatifs sont peu maîtrisés par les soignants et peu étudiés finalement. Le « *grounded theory* » est une approche scientifique qui répond au mieux aux besoins d'une analyse qualitative qui pourrait répondre aux questions autour des rôles et déterminants de succès (ou échec).

¹⁸ Le concept de COPING désigne « l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et un événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de cet événement, sur son bien-être physique et psychologique. »

Il faudra analyser tous ces facteurs et mécanismes qui déterminent le bien-être des victimes. Une étude qualitative sur les victimes et leurs mécanismes de « *coping* » et des études qualitatives sur les rôles que peuvent jouer l'environnement de la victime seront étudiés extensivement avec l'aide de la méthodologie du « *grounded theory* ». Cette méthodologie comporte un certain nombre d'interviews avec des questions complètement ouvertes qui permettent de façon inductive de générer des hypothèses par rapport aux sujets étudiés, dans ce cas, les déterminants individuels et environnemental d'une VVS dans une culture donnée qui peuvent être sujet d'intervention thérapeutique.

Le PLVS estime que la prise en charge actuelle reste systématiquement en dessous de son potentiel qualitatif, non pas simplement par manque de compétence, mais par manque de compréhension de comment solliciter dans une situation thérapeutique des énergies sociétales ou individuelles dans l'environnement de la victime pour l'aider à surmonter sa souffrance et/ou son isolement social qui contribue considérablement à sa souffrance personnelle.

Dans l'étude, une attention particulière sera apportée aux victimes qui ont pu s'en sortir positivement. En effet, dans une situation complexe, les déviants positifs souvent sont source de compréhension des mécanismes déterminants souvent invisibles.

L'étude donnera aussi un aperçu des symptômes et souffrances individuels des victimes. Ainsi les besoins en appui médicamenteux pourront être établis également. Les victimes avec des troubles psychiques chroniques peuvent souffrir de syndromes anxieuses, de dépression ou autres conditions psychiatriques pour lesquelles des médicaments peuvent contribuer au succès thérapeutique. La littérature scientifique mentionne clairement le cercle vicieux dans lequel les victimes peuvent se trouver : l'anxiété les empêche de dormir, le fait de ne pas bien dormir les empêche de fonctionner le lendemain.

L'étude permettra de radicalement revoir les protocoles existants de prise en charge psychosociale et psychologique et d'orienter le renforcement des capacités du groupe thérapeutique. Présentations des résultats y compris les nouvelles protocoles et modules de formation qui en découlent feront objet de plusieurs présentations au niveau national. Ceci fait partie d'une capitalisation d'expérience pour le secteur de la santé à l'étendu national.

2.2.5 Introduction graduelle

Vu le caractère expérimental de cette première phase qui demandera des efforts considérables de l'équipe, il sera impossible d'introduire la stratégie et les compétences dans l'entièreté des zones de santé ciblées par ce programme santé dès le début.

Kisangani est le seul endroit où se trouve un centre de prise en charge avec une compétence satisfaisante sur laquelle le PLVS pourra se greffer. Il s'agit du Centre Alwaleed, un centre de santé de référence public, établi en 2006 pour la prise en charge des VVS. Le Centre Alwaleed est connu et reconnu par la DPS Tshopo et la ZS de Makiso Kisangani (zone urbaine) comme centre spécialisé dans la prise en charge des VVS. Actuellement le Centre Alwaleed fournit aussi les autres services de soins propres à la structure. C'est la raison pour laquelle le Centre Alwaleed a été identifié comme centre de démonstration pour le développement des approches innovatrices. L'étude à l'aide du « *grounded theory* » sera aussi menée à ce niveau, en plus parce qu'il y existe un nombre suffisant de victimes connues pour inclure dans les focus groupes et interviews.

Dans une deuxième phase de centres spécialisés pour la prise en charge des VVS seront établis dans les deux autres provinces et plus particulièrement dans les HGR de la ZS du Gemena (DPS du Sud-Ubangi) et de la ZS de Mosango (DPS du Kwilu). Il s'agit des ZS ciblés par le programme d'appui au niveau intermédiaire (PADP) les plus facilement accessibles. Dans le cas échéant, si les ressources et le temps le permettent, on peut considérer la pertinence d'étendre la couverture à un nombre de ZS plus élevé.

Il est estimé que dans cette phase il est plus réaliste d'intervenir dans un nombre limité de ZS qui ont été

élues à base de leur accessibilité géographique. Une phase ultérieure aura créé les conditions préalables pour étendre l'initiative plus vite sur le territoire.

Le Centre Alwaleed servira de lieu de stage pour acquérir les compétences pratiques de la prise en charge. Ces stages démarreront dans la troisième année du PLVS (après le développement des nouveaux protocoles pour la prise en charge psychosociale et psychologique (comme résultat des études scientifiques basée sur le « *grounded theory* »).

L'introduction de tous les aspects du PLVS dans deux autres provinces sera déterminée par plusieurs facteurs externes comme la disponibilité de personnel formé et sensibilisé et l'efficacité du processus de décentralisation du secteur de la santé dans DPS du Kwilu et du Sud-Ubangi et le processus de transférer le PNSR au mandat de la DPS.¹⁹ Par conséquent, pendant sa mise en œuvre le PLVS doit s'assurer que les conditions sont favorables à une extension du PLVS et avoir la flexibilité nécessaire de réviser et adapter les différents aspects de sa mise en œuvre à la situation contextuelle et de réallouer les budgets si nécessaires.

2.2.6 Focus sur le niveau provincial

Le PLVS envisage surtout le niveau provincial où on peut avoir un impact direct sur l'accessibilité à la prise en charge et à la qualité des soins, et intervient dans plusieurs domaines qui doivent permettre une approche holistique adaptée aux réalités socio-culturelles et socio-économiques dans trois provinces. Une concertation continue avec le PNSR au niveau central est prévue ainsi que leur participation active dans un nombre limité d'activités comme le développement du protocole spécifique pour la santé et la restitution des résultats des différentes études ainsi que la capitalisation des expériences.

2.2.7 Stratégie à long terme

Le PLVS est assez ambitieux dans le sens de vouloir développer une approche innovatrice à la prise en charge des VVS, la sensibilisation et la prévention. La courte durée du PLVS (trois ans) et les limitations budgétaires ne permettent pas de créer les conditions pour l'introduction de cette approche dans toutes les provinces du pays, même pas dans toutes les ZS des trois DPS ciblées. Le PLVS actuel a été conçu comme une première phase de « démonstration » et s'inscrit dans une vision à plus long terme qui doit mener à une consolidation des résultats du PLVS comme approche nationale et à un renforcement réelle et durable du secteur de la santé dans la prise en charge des VVS. Le processus de capitalisation continue ainsi que la participation active de la Coopération Belge aux groupes de travail technique du GIBS concernés dans le domaine des droits et la santé sexuelle et reproductive, doit prendre en compte l'identification de différentes pistes qui peuvent mener à une approche standardisée pour tout le pays et le développement d'un cadre national qui permettent une extension effective des bonnes pratiques et les leçons apprises à tout le territoire congolais.

2.2.8 Synergies et complémentarités avec les autres composantes du programme santé

Bien que le PLVS ait une autonomie de budget et de planification relative, il s'inscrit dans une logique d'approche programme intégrée et vise la collaboration et des synergies avec les composantes d'appui au niveau central et au niveau intermédiaire. Ainsi on veut aussi assurer que le PLVS ne sera pas aperçue comme une initiative verticale dans la marge des autres composantes du nouveau programme santé.

¹⁹ Le PNSR est un des 52 programmes verticaux dans le secteur de la santé. La réforme sanitaire prévoit une intégration de ces programmes spécialisés dans un seul programme santé sous la responsabilité du Ministère Provincial de la Santé. Au Tshopo, le problème de concertation entre le PNSR et la DPS ne se pose pas parce que le coordinateur provincial du PNSR est aussi Chef d'Appui Technique et Chef de Division Adjoint de la DPS Tshopo. Il est basé aux bureaux de la DPS à Kisangani. Au moment de la formulation, la coordination provinciale du PNSR se trouvaient encore au Bandundu Ville et Mbandaka et n'étaient pas encore intégrés dans le mandat du MPS.

2.2.8.1 Synergies et complémentarités avec le programme d'appui au niveau central

Il est essentiel que le PLVS établisse des relations de collaboration avec plusieurs directions et programmes spécialisés au niveau central et plus particulièrement avec le Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR), la Direction de Soins de Santé Primaires (DSSP) et le Système National d'Approvisionnement de Médicaments et d'Équipements (SNAME).

À titre d'exemple :

- En RDC l'approvisionnement des « *Kits PEP* » pour la prise en charge des victimes des VS est principalement assuré par UNICEF et SANRU.²⁰ Bien qu'UNICEF organise l'approvisionnement à travers des Centres de Distribution Régionales (CDR), les fournisseurs ont développé de systèmes de parallèles au système national. Il est essentiel que le PLVS collabore avec le volet d'appui au SNAME afin d'assurer un système d'approvisionnement intégré dans le système national pour les différentes composantes des « *Kits PEP* », la contraception d'urgence, la prophylaxie et traitement des IST, la prophylaxie Hépatite B et les antibiotiques, ainsi que les antidépresseurs. Également, une collaboration avec le volet d'appui au CDR sera nécessaire afin d'assurer un approvisionnement régulière des médicaments et intrants nécessaires pour la prise en charge globale des victimes.
- Appui technique – ou, si nécessaire, une participation directe - aux réunions du GIBS (Groupe Inter Bailleurs pour la Santé) dans les groupes de travail techniques ou la problématique de la prise en charge des victimes de VS est discutée (VIH/sida, santé mère-enfant, ...).

Au niveau central le PLVS devra également collaborer et/ou concerter avec les programmes qui ne sont pas impliqués comme bénéficiaire direct du nouveau programme santé. Il s'agit plus particulièrement du PNSR, du Programme National de la Santé Mentale (PNSM) et la DSSP:

- Au sein du MSP le PNSR est responsable pour la lutte contre la violence sexuelle et la prise en charge des VVS. Bien que le nouveau programme d'appui au secteur de la santé n'ait pas prévu un appui direct au PNSR il est comme même essentiel que le PNSR (central) soit impliqué dans la mise en œuvre du PLVS afin d'assurer au maximum le processus d'apprentissage et la capitalisation des expertises. Une concertation minimale avec le PNSM est recommandé, bien qu'il s'agisse d'un programme faible (la RDC ne dispose pas d'une politique nationale de santé mentale validée).
- En ce qui concerne le développement du protocole de prise en charge spécifique pour le secteur de la santé, le PLVS devra collaborer avec la DSSP afin d'assurer que le protocole soit fait conforme les formats/normes existantes et/ou, en cas d'absence des formats/normes standardisés, de contribuer à leur développement et/ou adaptation. Dans le cadre de la réforme du secteur de la santé il est prévu que la DSSP sera intégrée dans un nouvelle Direction d'Organisation et de Gestion des Soins de Santé (DOGS).

2.2.8.2 Intégration dans le programme d'appui au niveau intermédiaire (PADP)

Le PLVS doit être regardé comme un résultat additionnel (mais avec un DTF spécifique) du programme d'appui au niveau intermédiaire. L'interaction du PLVS et le programme d'appui au niveau intermédiaire est indispensable dans une diversité de domaines.

A titre d'exemple :

- Le PLVS est mise en œuvre dans 3 ZS ciblés par le programme d'appui au niveau intermédiaire.
- L'ATI santé publique du programme d'appui au niveau intermédiaire contribuera à l'établissement des protocoles de prise en charge des VVS (système de référence et contre-référence, potentiel des différentes institutions, sensibilisation du management) et à l'intégration organisationnelle

²⁰ SANRU (Santé Rurale) est une ONG congolaise qui distribue les Kits PEP en RDC pour le Fonds Mondial.

des centres spécialisés dans les HGR.

- L'ATI santé publique contribuera aussi aux formations, surtout celles 'hors zone d'expertise' de l'ATI du PLVS.
- Le PLVS maintiendra de relations de collaboration directe avec les coordonnateurs provinciaux pour le PNSR au travers de la DPS.
- Une collaboration étroite du PLVS avec les services responsables pour la dissémination des documents normatifs, la formation continue, l'information et la communication sanitaire (le Service de Communication de la DPS, les ECZS, les ReCo, les encadreurs polyvalents,...).
- La concertation avec les autres partenaires à travers d'une participation aux Comités de Pilotage Provinciaux (CPP).
- Alignement avec l'approche à la tarification forfaitaire subsidiée en vigueur dans les DPS respectives.
- Le PLVS partage et finance à 25% le coût pour le comptable-vérificateur (dans chacun des 3 provinces) pour compléter l'équipe de gestion du programme.

3 PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE

3.1 Objectif général

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de lutte contre la pauvreté.

3.2 Objectif spécifique

La prise en charge des victimes de violence sexuelle par le secteur de la santé, au travers d'une meilleure accessibilité et qualité des soins dans le cadre d'une approche multisectorielle, est améliorée.

3.3 Résultats attendus

Sur base de 2 piliers qui sont «une meilleure accessibilité des soins» et « une meilleure qualité des soins» pour les victimes de violence sexuelle, le PLVS prévoit trois résultats :

- **Résultat 1** : les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des victimes de violence sexuelle ;
- **Résultat 2** : un système de prévention communautaire de la violence sexuelle est mis en place dans la communauté et dans les écoles secondaires ;
- **Résultat 3** : La prise en charge juridique des victimes de violence sexuelle est renforcée
- **Résultat 4** : la prise en charge des victimes de violence sexuelle adaptée aux spécificités socio-culturelles et socio-économiques est assurée par l'utilisation des méthodes basées sur les évidences scientifiques.

3.3.1 Résultat 1 : Les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des victimes de violence sexuelle

Les femmes qui subissent la violence sexuelle ont des besoins multiples. Il faut leur apporter une assistance à la fois médicale, psychologique, sociale et juridique. De plus, ces femmes ont aussi besoin de services de santé reproductive qui répondent à leur situation spécifique, c'est-à-dire qui puissent leur proposer une contraception d'urgence, un dépistage des IST et du VIH, un traitement prophylactique HIV/IST dans le cas des viols. Pour être efficaces, les solutions retenues doivent tenir compte de toutes les dimensions du problème et de sa complexité. Or, dans les provinces cibles, de telles structures aptes à répondre à l'ensemble de ces besoins spécifiques sont insuffisantes, voire inexistantes. Pour cela, le PLVS prévoit de renforcer les capacités des **HGR dans les trois Provinces** (1 par DPS) à la prise en charge médicale et psychologique et d'appuyer le **Centre Alwaleed**, CS spécialisé sur la VS dans la ZS de Makiso-Kisangani (DPS du Tshopo), à une prise en charge holistique des VVS.

En effet, le **Centre Alwaleed** à Kisangani est le seul centre spécialisé à Kisangani – et le seul centre spécialisé dans les trois provinces cibles du Programme santé - ayant une expérience solide sur la prise en charge médicale et psychologique²¹. Le personnel composé par des médecins généralistes, des infirmiers, des assistants sociaux et des psychologues cliniciens a reçu plusieurs formations sur la prise en charge multisectorielle des VVS. Le Centre Alwaleed sera d'un côté un centre pour la prise en charge des VVS au niveau médicale, psychologique et pour l'accompagnement des victimes vers les services juridique/judiciaire et de réinsertion socio-économique. De l'autre côté, le Centre Alwaleed sera renforcé comme un lieu de **recherche-action et de formation** avec la possibilité d'y faire des stages. Ce volet sera élaboré en collaboration avec des institutions académiques nationales (la Faculté de Psychologie de

²¹ Le Centre Alwaleed a été créé en 2006 avec le financement du prince arabe Alwaleed.

l'Université de Kisangani) et des universités belges (comme, par exemple, l'Université de Gand et l'Université Catholique de Louvain-la-Neuve. (Pour plus de détail : cf. le Résultat 3).

En RDC, si beaucoup d'efforts ont été réalisés au niveau de la prise en charge médicale, surtout à l'Est du pays, peu d'attention a été donné au niveau de la prise en charge psychologique qui reste flou et fort centrée sur une simple écoute empathique sans un vrai diagnostic du traumatisme vécu par la victime. Les victimes ne sont pas examinées par un psychologue expérimenté et même si en 2012 a été élaboré le « *Protocole national de Prise en charge Psychosociale et Santé Mentale des survivants de violence sexuelle* » (Ministère du Genre, de la famille et de l'Enfant en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique), ceci n'est pas connu et très peu de formations ont été dispensées. Ce protocole prévoit la présence d'un psychologue clinicien, « si possible » au niveau des HGR alors que au niveau primaire (CS) sont prévus des Agents Psychosociaux (agents travaillant sans formation universitaire) ou des Assistants Psychosociaux (formation de graduat : 3 années de psychologie clinique). Actuellement, aucun de ces cadres n'est présent dans les structures citées. Dans l'attente d'une mise à disposition du Gouvernement de ressources humaine qualifié et compétentes tant au niveau de la prise en charge du stress aigu que du stress post traumatique, le PLVS envisage de former les médecins et les infirmiers des HGR à la prise en charge psychologique et au référencement vers des structures spécialisées là où elles existent.

Le résultat 1 couvre toute activité visant à mettre en place une prise en charge médicale et psychologique de qualité au niveau des HGR dans les 3 provinces et du Centre spécialisé Alwaleed (niveau secondaire). Sept (7) activités découlent du résultat 1 :

A 1.1 Analyser les 4 protocoles de prise en charge, élaboration d'instructions opérationnelles de prise en charge pour la santé qui inclut aussi la prise en charge psychologique et le référencement vers les services de justice et de réinsertion socio-économique ;

A 1.2 Introduire le système d'une tarification forfaitaire subsidiée pour la prise en charge des VVS au niveau des CS (1ère niveau) et des HGR/centres de prise en charge spécialisés (2ème niveau) ;

A1.3 Assurer l'approvisionnement régulière de toutes les composantes du Kit PEP, de la contraception d'urgence, de la prophylaxie et traitement IST, de la prophylaxie hépatite B aux structures de santé en collaboration avec les CDR ;

A 1.4 Former les parties prenantes dans la prise en charge des survivants/victimes des VS ;

A1.5 Mettre en place l'accompagnement de la négociation entre MPS, du Genre et des Affaires Sociales (MPSGAS) et Ministère de la Justice pour l'opérationnalisation de la prise en charge globale des VVS ;

A.1.6. Aménager les infrastructures sanitaires ;

A.1.7. Appuyer le processus.

3.3.2 Résultat 2 : Un système de prévention communautaire des victimes de violence sexuelle est mis en place dans la communauté et dans les écoles secondaires

L'analyse faite dans le chapitre 1 montre que le nombre limité des cas des VVS faisant recours aux soins de santé (médicaux et psychologiques) est lié en partie à (i) une forte stigmatisation des VVS par la communauté qui les fait hésiter à se rendre dans les centres de soins, (ii) à un nombre élevé d'« arrangement à l'amiable » entre la famille de la victime et l'agresseur impliquant souvent un dédommagement en argent et/ou le mariage. Beaucoup de victimes rencontrées pendant la phase d'analyse, ont brisé le silence en parlant de ce qui leur était arrivé, à cause souvent des grossesses non désirées, fruits du viol, et qui rendent évidente l'acte de violence, mais dans la majorité des cas le

traumatisme et la stigmatisation sociale liés à l'agression sexuelle, imposent le silence aux victimes. La peur d'être frappées à nouveau par les agresseurs, dans la plupart des cas impunis par la loi; la peur d'être éloignées de la famille et de la communauté, le poids des conventions ou des pressions sociales jettent les victimes dans une solitude extrême.

D'autre part, la communauté est très peu informée sur l'importance d'une prise en charge médicale adéquate dans les 72 heures et sur le système de référence, sur les conséquences physiques et psychologiques de VS, sur les droits de la survivante et sur la loi punissant les agresseurs.

Le résultat 2 vise à:

- mieux faire connaître à la population cible la problématique de la violence sexuelle et les droits fondamentaux des victimes et des femmes en générale ;
- une mobilisation des communautés locales aussi bien au niveau de la prévention et protection des victimes qu'au niveau du référencement vers les structures sanitaire et psychosocial.

Il s'agit en définitif de prévenir la violence sexuelle par une information du grand public, par une meilleure protection communautaire des enfants et des personnes en situation de vulnérabilité, par la lutte contre les discriminations sexistes et pour l'égalité des droits.

Le résultat 2 est composé de quatre (4) activités :

A 2.1 Établir le diagnostic initial (CAP qualitative et quantitative avec un une approche socio-anthropologique) ;

A 2.2 Produire et diffuser les outils de sensibilisation ;

A 2.3 Réaliser de campagnes de sensibilisation et d'information des populations;

A 2.4 Mettre en place un programme de sensibilisation sur la prévention des VS, l'éducation sexuelle et la planification familiale dans les écoles secondaires.

A.2.5 Appuyer le processus.

3.3.3 Résultat 3 : La prise en charge juridique des victimes de violence sexuelle est renforcée

Dans la description de la stratégie (chapitre 2), les limites de l'intervention en termes de temps et d'expertise par rapport à ce résultat ont déjà été évoquées. Ceci ne signifie pas pour autant qu'aucun effort sera livré par le projet pour améliorer la situation.

Une meilleure prise en charge juridique des VVS demande tout d'abord une meilleure collaboration et dialogue entre les services de santé et les services policiers et juridiques. Le système de référence des VVS par le service de santé vers les autorités juridiques a déjà été décrit plus haut.

De la même façon, une femme VVS qui se présente au niveau de la Police ou autres instances juridiques doit être référée au plus vite vers les services de santé spécialisés pour la prise en charge de ces femmes. En effet, certaines actes médicaux ou même légaux doivent se réaliser au niveau du service de santé, non seulement pour la santé de la femme (éviter l'infection VIH par exemple) mais aussi pour défendre ses droits légaux : p.ex. un prélèvement vaginal peut être décisif pour le résultat d'une démarche légale de la victime.

Plusieurs obstacles pour le bon déroulement de ces procédures peuvent être identifiés :

- La police est peut au courant et généralement pas formée pour une prise en charge correcte des femmes VVS.
- Les distances entre les services policiers / juridiques et les services spécialisés de la santé sont importantes et empêchent les femmes de se présenter (donc de respecter les références).

- Les prélèvements vaginaux ne sont pas examinés correctement et les résultats ne sont pas insérés dans les dossiers juridiques de la victime.
- Les frais liés à la défense de femmes qui procèdent sont imprévisibles et relativement élevés

Le résultat 3 sera composé de trois (3) domaines d'activités.

- A 3.1 Appuyer la mise en place d'un système de référence entre les services juridiques et policiers et le service de santé spécialisé.
- A 3.2 Assurer la formation des parties prenantes juridiques dans les zones d'intervention
- A 3.3 Institutionnaliser une communication administrative et légale entre les services de santé et juridiques afin de disposer de dossiers légaux de qualité pour défendre les femmes VVS.
- A.3.4 Formuler une proposition de financement pour la défense juridique des femmes VVS

L'activité A.3.4 se réalisera seulement dans la province de Tshopo.

3.3.4 Résultat 4 : La prise en charge des victimes de violence sexuelle adaptée aux spécificités socio-culturelles et socio-économiques des populations ciblées est assurée par l'utilisation des méthodes basées sur les évidences scientifiques

Bien que les méthodes de prise en charge psychosociale et psychologique utilisées en RDC soient inspirées par les normes et standards internationaux, elles ne sont guère adaptées aux réalités socio-culturelles et économiques spécifiques dans lesquelles les actes de violence sont perpétrés. L'environnement macro détermine la vulnérabilité sociale de la victime, ses possibilités de réinsertion dans la famille et dans la société, sa réaction – positive ou négative – au traitement des conséquences psychologiques et psychosociales ainsi que les risques de victimisation secondaire. Le bien-être de la victime est fortement influencé par les attitudes et la réaction de la famille et de la communauté vis-à-vis de la violence sexuelle, la mesure dans laquelle la victime est reprochée « d'avoir provoqué » une acte de VS et minimise l'impact des VS sur sa santé mentale et physique.

En utilisant la méthodologie du « *grounded theory* » on essaye de comprendre et d'apprendre : pourquoi la communauté préfère les arrangements à l'amiable, pourquoi une femme violée est rejeté par son mari, quels sont les facteurs qui font que certains maris/familles rejettent la victime et d'autres ne le font pas, qui sont les personnes dans la famille (étendue) qui jouent un rôle décisive dans la prise en charge de la victime, etc. Le « *grounded theory* » est une méthodologie inductive qui part des données/constats empiriques sur la base desquels des hypothèses sur les approches thérapeutiques à être développées seront formulées, testées et évaluées.

Le but est de développer une prise en charge holistique adaptée aux besoins socio-culturels des populations ciblées, en favorisant la prise en compte de la parole des acteurs (victimes, professionnels, entourage...), des besoins exprimés, des savoirs et des pratiques populaires déjà en place et en prenant compte des représentations sociales et des systèmes de valeurs liées à la violence sexuelle. Une telle approche devra résulter dans une prise en charge qui crée les conditions nécessaires pour que la VVS puisse reprendre pleinement son rôle dans la famille et la société.

Ainsi le PLVS envisage de faire une contribution fondamentale à la réflexion sur les méthodes utilisées et à une révision approfondie des protocoles existants.

Le travail sera mené au Centre Alwaleed où une équipe d'accompagnement scientifique sera créée. Il s'agit d'une équipe multidisciplinaire constituée par des scientifiques et par des prestataires de services. Cette équipe sera appuyée par l'Université de Kisangani (les Départements de Psychologie et de

Pédagogie) et des universités belges spécialisées dans la matière (comme le Centre pour les Enfants dans des Situations Vulnérables (CCVS) à l'Université de Gand et l'Institut de Recherche Santé et Société et la Faculté de Santé Publique à l'Université Catholique de Louvain-la-Neuve).

Le CCVS est une organisation interuniversitaire (Université de Gand, Université Libre de Bruxelles (VUB) et KU Leuven) qui a une expertise élargie sur le bien-être psychosocial des enfants dans des situations vulnérables dans des pays du Sud, en particulier des enfants affectés par des situations de conflit armé. L'Université de Gand est responsable pour les CCVS en Afrique Sub-Saharienne. Depuis plus de huit (8) ans le CCVS-Université de Gand est actif dans la région d'Ituri, dans l'Est de la RDC. En 2009 le CCVS a établi un centre psychothérapeutique à Bunia et elle supporte une équipe locale de psychologues congolais avec l'objectif d'établir une offre de soin psychologique systémique pour des enfants victimes de violence sexuelle. Le CCVS-Université de Gand a aussi une collaboration avec l'Université de Kisangani, et plus particulièrement avec les Départements de Psychologie et de Pédagogie, en matière de formation, de développement des modules sur la prise en charge thérapeutique et comme promoteur de thèses de doctorat de professionnels congolais.

L'Institut de Recherche Santé et Société (IRSS) et de la Faculté de Santé Publique (FSP) à l'Université Catholique de Louvain-la-Neuve (UCL) ont de nombreuses collaborations dans le domaine de la recherche et de l'enseignement avec l'Afrique Sub-Saharienne. Ils ont une longue expérience dans la santé maternelle, de la reproduction, sexuelle, ainsi que dans les approches de genre et possède des compétences solides en anthropologie et dans des approches ethnographiques appliquées à la santé publique. L'ISSR a aussi assuré le suivi scientifique des projets ASSNIP dans la Province Orientale (Kisangani), et a été / est promoteur de thèses de doctorat de professionnels congolais dans des domaines de recherche sur les systèmes de santé.

Le résultat 4 sera composé de trois (3) domaines d'activités.

A 4.1 Appuyer la mise en place d'une équipe multidisciplinaire d'accompagnement de la recherche scientifique au Centre Alwaleed.

A 4.2 Assurer la formation de l'équipe multidisciplinaire sur le « *grounded theory* ».

A 4.3 Activités de recherche continue à travers du « *grounded theory* ».

3.4 Activités à mettre en œuvre

3.4.1 Résultat 1 : Les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des VVS

3.4.1.1 A 1.1 Elaborer des instructions opérationnelles pour chaque niveau de soin basées sur les protocoles de prise en charge des VVS y compris la prise en charge psycho-social et le référencement vers les services de justice et de réinsertion socio-économique

Ce dossier fait une différence entre des protocoles et des instructions opérationnelles par rapport à une politique sanitaire. Les protocoles décrivent en termes généraux la prise en charge d'un patient, les instructions opérationnelles vont dans les détails qui sont essentiellement différents d'un échelon de soins à un autre. Ainsi les protocoles peuvent être opérationnalisés et faire objet de recherche opérationnelle.

En 2012 le Ministère de la Santé Publique, avec l'appui du PNSR et du MGFE, a rédigé et approuvé 4 protocoles de prise en charge multisectorielle des VVS. Comme montre l'analyse de la situation (chapitre 1), ces protocoles sont peu connus et utilisés par les professionnels de la santé et par les opérateurs des autres services. La plupart des médecins et des infirmiers mais aussi des psychologues et assistants sociaux n'ont jamais été sensibilisés à problématique des VS, ni formés aux besoins des femmes victimes de violence et aux différents aspects de leur prise en charge.

Une première analyse rapide des protocoles de prise en charge, faite pendant la formulation du PLVS, semble montrer une certaine confusion entre les rôles des multiples intervenants sanitaires et sociaux, une véritable difficulté à l'application pratique des directives prévues dans le protocole par manque de ressources humaines formées, de coordination et d'outils de mise en œuvre qui doivent être associés au protocole.

Afin de pallier à ces obstacles, l'intervention démarrera pendant la première année, avec une analyse participative des 4 protocoles à la DPS de la province du Tshopo, en particulièrement au Centre Alwaleed. L'analyse des protocoles s'appuiera à la fois sur des données scientifiques, sur l'expérience des professionnels, mais aussi sur l'expérience des patients et des aidants naturels²². Un groupe de travail de plusieurs professionnels pour éventuellement adapter les protocoles mais surtout pour en déduire des instructions opérationnelles précises et spécifiques pour chaque acteur. Ce groupe comprendra des membres appartenant à toutes les professions concernées, à savoir : les représentants des 3 DPS, des ZS, des HGR et du Centre Alwaleed, des psychologues, assistants sociaux, des spécialistes juridiques pour les questions genre, etc.

Le groupe de travail concevra donc des instructions opérationnelles spécifiques, adaptées au rôle de chaque acteur du secteur de la santé dans la prise en charge des VVS, en respectant la complémentarité de services entre les CS (niveau 1) et les centres spécialisés aux HGR (niveau 2). Ces instructions seront spécifiques et différenciées par niveau et incluront tous les aspects de la **prise en charge médicale**, de la **prise en charge du stress aigu**, **l'évaluation des symptômes du stress traumatique** et le **dépistage des violences, ainsi que le référencement aux services spécialisés externes** (justice et réinsertion socio-économique). Ce document doit pouvoir être facilement utilisable en cours de consultation ou de visite. Des outils facilitant la mise en œuvre des instructions seront aussi préparés.

Les instructions seront testées, mises en œuvre et suivies, dans la Province de la Tshopo. Les éventuels effets indésirables liés à l'utilisation des instructions et les difficultés d'utilisation seront récoltées et analysées et des solutions seront proposées. Une fois finalisées, les instructions et éventuellement des protocoles adaptés, seront mis à l'appréciation des instances compétentes au niveau central pour un

²² Le terme aidant naturel désigne une personne qui vit et agit dans l'entourage immédiat (parents, frère, oncles, sœurs, voisin, etc) d'une personne malade, souffrante, ou en perte d'autonomie.

ajustement des normes de prise en charge nationales.

Au cours des deux dernières années du PLVS, ces instructions et les protocoles finalisés seront disséminés dans les ZS (HGR) de la Province du Kwilu et du Sud-Ubangi. A cette fin, un module de formation sera élaboré et accompagnera les protocoles et les instructions qui vont avec pour faciliter la formation des médecins et infirmiers.

Pour le CS des ZS cibles, des sensibilisations sur le phénomène des VS, sur le dépistage et sur le référencement des VVS sont prévues. Un accent particulier sera mis sur le **dépistage** des VBG car pour appréhender au mieux la réalité des violences, il doit être demandé de façon ouverte aux patients s'ils ont été victimes de violences physique, morale ou sexuelle lors de l'interrogatoire de la première consultation.

Dans une dernière phase, les protocoles et instructions seront encore adaptés aux résultats de la recherche sur la prise en charge holistique menée sur base du « grounded theory », qui mettra un accent spécifique sur la prise en charge psychosociale et psychologique.

3.4.1.2 A 1.2. Introduire un système d'une tarification forfaitaire subsidié pour la prise en charge des VVS au niveau des CS (1ière niveau) et des HGR/centres de prise en charge spécialisés (2ième niveau)

La question de l'accessibilité économique des services de santé est un problème récurrent en RDC. Pauvreté, indigence, accès limité des femmes aux ressources économiques sont des facteurs clés qui expliquent la difficulté à payer les soins de santé. Dans le passé la majorité des programmes d'aide aux VVS ont prévu une prise en charge gratuite. Néanmoins, financièrement ce système n'est pas durable ni pour la formation sanitaire, ni pour la population. La gratuité (pour le patient au moins en théorie) d'un côté mène à la question importante « alors qui paie ? », et la tarification par acte est confrontée avec la question dans un environnement de (extrême) pauvreté « mais comment le patient peut payer tout cela ? ». Une solution à court terme est impossible, et reste difficile à long terme. Fait est que pour le moment l'état ne couvre pas les coûts engendrés par les formations sanitaires. Dans le cadre de la gratuité des soins des femmes victimes de la violence sexuelle les bailleurs ont 'toujours' payé, mais assez souvent que partiellement²³. Ce système est loin d'être pérenne et mène à des soins sous-optimaux, c'est-à-dire certains soins ou actes risquent de ne pas être octroyés par manque de ressources.

Dans ce contexte, le PLVS prévoit un budget pour continuer l'approche de la gratuité en acceptant que pour les années à venir, le système financier ne sera pas pérenne.

Dans le souci de pérennisation du système, le PLVS prévoit au même temps de contribuer à la réflexion sur la mise en œuvre progressive d'un système de tarification forfaitaire subsidiée comme décrite dans le PAPD. La tarification forfaitaire est un tarif fixe, correspondant au coût réel moyen d'un épisode de maladie définie. Avec une tarification forfaitaire subsidiée on veut dire que le patient ne paie pas l'entièreté de ce tarif, mais seulement une partie. Le bailleur, l'état ou dans le futur l'assurance maladie paie la différence. La prévisibilité des coûts est un avantage non-négligeable pour le patient et est un atout majeur pour la gestion et la transparence du système. La tarification forfaitaire institue une solidarité et une répartition du risque maladie entre les malades et représente un premier pas vers une répartition du risque plus équitable, notamment entre malade et non malades mais aussi, à terme, entre riches et pauvres.

Durant les 3 années de l'intervention, le PLVS fera le monitoring des coûts pour couvrir l'ensemble des soins des femmes victimes de VS. Ces données objectives permettront au PLVS de s'intégrer dans un débat plus large sur le financement du système de santé. Il s'agit d'une étude qui sera menée dans les 3

²³ Par exemple « on paie pour la prévention du VIH mais pas pour l'hépatite B ; on paie pour la visite du médecin mais pas pour le psychologue, etc »

provinces ciblées. A partir des données de l'étude seront définis les coûts des services liés à la prise en charge des femmes VVS, et ainsi aussi les montants de subvention nécessaires. L'introduction de la tarification forfaitaire subsidiée sera accompagnée par une campagne d'information et de sensibilisation vers la population (PAPD). Le projet prévoit une subvention à 100% pour les années à venir pour les VVS (ce qui signifie en pratique une gratuité pour les femmes) et dans le cadre plus large de la discussion sur le financement des soins, défendra les intérêts des femmes VVS sans pour autant être naïve. Une gratuité de 100% est peu probable d'être maintenue par les autorités congolaises dans un environnement de pénurie générale.

L'étude sur la tarification forfaitaire subsidiée et l'introduction de ce système sera réalisée tout d'abord par le programme d'appui au niveau intermédiaire (PAPD). Le programme de lutte contre la VS s'y intégrera pour les aspects de violence sexuelle.

3.4.1.3 A1.3 Assurer l'approvisionnement régulier de toutes les composantes du Kit PEP, de la contraception d'urgence, de la prophylaxie et traitement IST, de la prophylaxie hépatite B aux structures de santé en collaboration avec les CDR

La disponibilité des médicaments et de tests biomédicaux est l'un des éléments fondamentaux pour la prise en charge correcte des patientes. Au début l'intervention dépendra encore des Kits PEP et autres intrants donnés gratuitement par des PTF tels que l'**UNICEF**, qui intervient pour la mise à disposition des Kits PEP au Sud-Ubangi (Gemena et Budjala) et au Tshopo (Ville de Kisangani), de **Cordaid** (dans 15 ZS du Tshopo), et le **SANRU (Fonds Mondial)** au Kwilu (Mosango 5 CS). Néanmoins, afin d'assurer un système d'approvisionnement plus durable il est essentiel d'investir dans une collaboration avec les CDR afin de mettre en place un système basé sur les besoins réelles et l'assurance de l'approvisionnement régulier de tous les médicaments et intrants nécessaires pour une prise en charge médicale et psychologique des VVS. Ainsi on envisage une rationalisation de l'approvisionnement des intrants au travers de la suppression des systèmes parallèles.

A cette fin une étroite collaboration sera établie avec les autres PTF-fournisseurs et avec le volet d'appui au SNAME du programme d'appui au niveau central (PANC).

3.4.1.4 A1.4 Former les parties prenantes dans la prise en charge des VVS

Tout médecin et infirmier (quel que soit sa spécialité ou son mode d'exercice) doit savoir reconnaître les violences sexuelles, comprendre les effets des VS sur la santé physique, mentale et sociale des victimes, et être capable d'accueillir et d'orienter les victimes. Actuellement, les violences sexuelles en RDC sont très peu dépistées et leurs conséquences sont rarement diagnostiquées par les professionnels de la santé qui n'ont pas été formés pendant leurs études, que ce soit lors de leurs études médicales, lors de leurs spécialisations ou lors de formations médicales continues. Les médecins connaissent peu le droit (définition de la violence sexuelle, parcours judiciaire, secret professionnel, etc.) et ils ont aussi de grandes difficultés pour orienter les victimes. D'autre part, les victimes ne sont pas prises en charge dans le cadre de soins spécialisés. La prise en charge médicale et psychologique nécessite des soins spécifiques qui ne peuvent être donnés que par des professionnels formés, dans des lieux spécifiques qui doivent être :

- spécifiques pour des victimes de violence et spécialisés avec des professionnels spécifiquement formés;
- accessibles avec une possibilité de prise en charge en urgence ou d'orientation en cas d'urgence ;
- sécurisants et accueillants ;
- pluridisciplinaires qui proposent une prise en charge globale avec des soins psychologiques du stress aigu et de la détection des symptômes du stress post traumatique, de médecine générale, des soins gynécologiques, etc. ;

- avec un accès à des informations juridiques (juriste), associatives (association de défense des victimes, association de réinsertion économique), sociales ;
- avec la possibilité de groupe de parole, et d'activités thérapeutiques.

De ce fait, le problème d'insuffisance de compétences du personnel sanitaire est clairement identifié. La mise en place d'un dispositif de formation continue pour le personnel clinique, structurellement intégré dans l'organisation du système de santé et en accord avec les principes développés dans le plan national de développement sanitaire (PNDS) répond donc à ce besoin immédiat et permettra de continuer à y répondre au-delà de la fin de l'intervention proposée.

Au niveau des trois DPS un **pool des formateurs** sera créé et formé sur les protocoles et instructions spécifiques par type de formation sanitaire de prise en charge médicale et psychologique. Le pool développera des outils pédagogiques, de suivi et évaluation et un plan annuel de formation. Tant au niveau de la formation du pool que de l'élaboration des outils pédagogiques, le Programme Bourses de la CTB sera un partenaire préférentiel²⁴.

Le pool des formateurs des prestataires des services sanitaires formeront les équipes cadre des ZS qui à leurs tours formeront les infirmiers et médecins des HGR.

Pendant la deuxième année de l'intervention les ECZS organiseront **les formations sur la prise en charge médicale et psychologique** pour le personnel des structures décentralisés.

La **sensibilisation** sur la violence sexuelle comme un des aspects des violences basées sur le genre (VBG) sera un point d'attention essentiel et intégré dans les activités de formations. La sensibilisation portera sur les thématiques suivantes :

- une réflexion sur le genre et la violence basée sur le genre;
- un aperçu des différentes formes de violence de genre et de leurs impacts sur les victimes ;
- une réflexion sur les dimensions de normalité et d'anormalité (violences considérées comme normales et celles considérées comme anormales)
- les conséquences physiques et psychologiques ;
- le rôle des CS au niveau du dépistage des violences et du référencement des VVS ;
- le rôle de la communauté (famille, voisins, amis, associations, etc.) dans la protection, prévention, l'orientation et le référencement des VVS ;
- des informations de référence au plan juridique (les lois et les définitions pénales de la violence sexuelle) et social.

Au niveau des formations sur la prise en charge psychologique, l'analyse des besoins a montré la nécessité de :

- former les médecins, les infirmiers et les psychologues à la clinique du traumatisme psychique et aux différents soins thérapeutiques, depuis les soins immédiats, débriefings en particulier, jusqu'aux psychothérapies psychodynamiques ;
- former les opérateurs sanitaires à dépister et identifier les victimes de violence. Il est très important qu'un dépistage systématique des violences soit fait par les médecins et/ou par les infirmiers (en posant la question lors des consultations) et que ces derniers puissent diagnostiquer les troubles psychos-traumatiques et orienter les victimes vers des soins

²⁴ Ce programme (11,5 millions d'euros) a comme objectif spécifique de renforcer les compétences et l'expertise des agents de développement dans le 3 secteurs prioritaires et les 6 régions ciblées par le PIC. Le programme a une antenne régionale à Kisangani.

spécialisés

Les infirmiers et les médecins seront formés :

- à diagnostiquer un état de **stress aigu**, dans les suites d'une agression ;
- apporter une **assistance psychologique immédiate** en connaissant les principes directeurs ;
- à diagnostiquer un état de **stress post-traumatique** ou **troubles mentaux chroniques** et orienter la patiente dans les filières de soins adéquates ;
- à utiliser des **interventions éducatives** pour apprendre aux VVS à adopter des stratégies de '**coping**' pour faire face aux stress. Parmi ces stratégies, différentes recherches ont démontré que certaines sont efficaces tels que : (i) la planification d'une solution au problème ; (ii) la modération de l'impact émotionnel du stress qui ne modifie en rien la perception de la situation, mais permet au sujet de minimiser les conséquences d'émotions négatives (peur, colère...) et intenses ; (iii) la recherche de support social qui semble être une stratégie de coping très souvent utilisée pour appréhender la dimension stressante d'un événement (rencontrer quelqu'un pour obtenir un autre point de vue que le sien pourra servir à modifier l'analyse du problème).
- à inclure l'entourage, conjoint ou les parents ou autres membre de la famille étendue, dès la prise de conscience de l'agression et dès le début afin de les conseiller au même titre que la victime (mais bien entendu avec son accord et sa collaboration) sur la façon d'appréhender les séquelles psychologiques;
- à mettre en place et gérer de groupe de parole, et d'activités thérapeutiques (art-thérapie, relaxation, ateliers d'expression, rencontres, visionnage de films ou de documentaires, etc.) ;
- à un dépistage systématique des VS (et par extension : des VBG).

Des stages pratiques d'environ 10 jours pourront être mis en place pour les médecins et infirmiers formés au Centre Alwaleed. Dans le Centre il sera mise en place une documentation spécialisée et complète, des groupes de travail et de recherche qui se réuniront régulièrement et des supervisions pour les situations les plus difficiles.

En même temps, les équipes des **animateurs communautaires** des ZS et les Comités d'Action Communautaire (CAC) (voir A 2.4) seront formés à suivre les victimes pendant plusieurs mois dans la communauté afin de constater la qualité de leur réinsertion sociale et pour identifier à moyen terme la survenue des symptômes de mal être psychologique impliquant un référencement vers le HGR pour évaluer les besoins des soins spécialisés. Les animateurs communautaires feront un travail de proximité avec les familles des VVS car les femmes les plus vulnérables sont celles qui ne bénéficient pas de la protection de leur famille.

Le recours au spécialiste, psychiatre ou psychologue, ne sera jamais systématique. Dans bon nombre de cas, le médecin qui a assuré le premier accueil peut poursuivre l'accompagnement quelle que soit sa spécialité. L'orientation rapide vers un psychiatre ou psychologue clinicien sera néanmoins nécessaire dans les cas les plus sévères. Chez l'enfant, la prise en charge psychologique est plus fréquemment indiquée en raison de nombreux facteurs de vulnérabilité qui se surajoutent au choc psychique de l'agression.

3.4.1.5 A1.5 Mettre en place l'accompagnement de la négociation entre le Ministère de la Santé Publique et les autres ministères dans la prise en charge globale des VVS

La prise en charge des VVS se base sur un modèle multisectoriel qui a un certain nombre de caractéristiques spécifiques : la coopération interdisciplinaire et inter-organisationnelle, l'engagement de la communauté et la collaboration/coordination entre les secteurs de la santé, psychologique, juridique et de sécurité.

L'activité A 1.5 vise à mettre en place une négociation entre les ministères provinciaux : MPS, MGFE, le Ministère de l'Intérieur, le Ministère de la Justice et le Ministère des Affaires Sociales pour identifier des solutions pragmatiques pour l'opérationnalisation de la prise en charge multisectorielle des VVS en particulier dans le secteur de la justice et de la réinsertion socio-économique des VVS. Les autres PTF seront aussi impliqués dans cette négociation afin d'assurer une plus grande complémentarité dans les différentes interventions et d'identifier les besoins de financement et d'appui technique non satisfaits.

Cette collaboration intersectorielle devrait faciliter une approche d'aide aux VVS plus harmonisée et complémentaire et aussi assurer la disponibilité de services de qualité financièrement accessible (et durable) pour une prise en charge judiciaire et une réinsertion socio-économique.

3.4.1.6 A.1.6. Aménager les infrastructures sanitaires

Un budget modeste est prévu pour quelques petites réparations au Centre Alwaleed – surtout au niveau du bloc sanitaire) et pour réhabiliter un des bâtiments – qui actuellement n'est pas utilisé – comme centre de réunions, de recherche, et de formation.

On a également prévue un petit budget pour l'aménagement minimal nécessaire au niveau des HGR qui doit permettre une prise en charge des VVS dans des conditions qui assurent un accueil non – stigmatisant, confidentiel et sécurisé.

Le maintien des structures sera assuré par le programme d'appui au niveau intermédiaire.

3.4.1.7 A.1.7. Appuyer le processus

Pour les trois DPS une assistance technique nationale est prévue afin d'assurer un appui et suivi continus à la mise en œuvre des différents volets du PLVS.

3.4.2 Résultat 2 : Un système de prévention communautaire des VVS est mis en place dans la communauté et dans les écoles secondaires

3.4.2.1 A 2.1 Établir le diagnostic initial (CAP qualitative et quantitative avec une approche socio-anthropologique)

Une connaissance approfondie de la situation de départ est la première condition pour que l'intervention soit adaptée aux attentes des bénéficiaires. Le diagnostic, loin d'être un moyen de simple connaissance, est un outil fondamental pour préparer un programme d'action bien détaillé et pertinent. Pour être efficace, il doit être fiable (présenter une vision claire de la réalité), concerté (implication des différents acteurs) et rapide (pour permettre de déboucher vite sur un début d'action).

A ce titre, il devra permettre :

- de mieux connaître les aspects socio-anthropologiques de la problématique de la violence sexuelle dans le pays et, en particulier, dans les zones d'intervention ;
- d'appréhender la dimension socioculturelle des violences et du rapport au genre dans la société, la communauté et la famille ;
- de saisir les perceptions et les représentations des violences : les questions de « normes » (« violences normales » et « anormales ») ;
- d'identifier les besoins de la population locale et des acteurs concernés par la prise en charge des victimes;
- de déboucher sur l'identification de stratégies d'intervention, la définition des priorités, des indicateurs de suivi et des outils.

Cette étude permettra de connaître avec plus de précision la situation de départ, le niveau d'information de la population et des opérateurs concernés sur la question des VS et des violences basées sur le

genre et d'analyser le phénomène des VS comme résultat de l'interaction complexe de facteurs individuels, relationnels, sociaux, culturels et environnementaux (modèle écologique). Les éléments récoltés à travers l'étude consentiront :

- de diagnostiquer les besoins spécifiques en formation des différents acteurs dans le secteur de la santé;
- d'identifier les messages les plus adaptés à diffuser à travers les actions de sensibilisation menées par les équipes d'animateurs communautaires et les réseaux communautaires (cellules d'animation Communautaire, CAC) ;
- de mettre à jour les indicateurs de base.

La méthodologie qui sera appliquée dans l'enquête sera la **méthodologie CAP « Connaissances, Attitudes et Pratiques »**, qui consent d'approfondir les aspects socio-anthropologiques, économiques et politiques de la problématique, de mesurer les connaissances et la perception de la communauté locale du phénomène, d'analyser les services opérationnels de prise en charge médicale et psychosociale des victimes et leur conformité par rapport à la norme en vigueur (respect des protocoles nationaux), les attitudes du personnel sanitaire, des autorités locales et de la communauté vis-à-vis des victimes.

A partir des résultats de l'étude, un programme pour la sensibilisation et l'amélioration des services de prise en charge des cas de violence sexuelle dans les ZS cibles sera élaboré et mis en œuvre.

Cette activité sera réalisée en collaboration avec un consultant national externe, avec une formation anthropologique et spécialisée en questions de genre en stricte collaboration avec les 3 DPS et le Centre Alwaleed.

3.4.2.2 A 2.2 Produire et diffuser les outils de sensibilisation

Une **équipe par province** sera mise en place afin d'élaborer une **stratégie de communication/information pour les ZS** cibles. L'équipe sera constituée par les membres de la task-force de communication de la DPS, les autres parties prenantes au niveau de la province et par des représentants de la société civile travaillant dans le domaine.

Le but de l'équipe de communication sera d'identifier les différents moyens de communication à mettre en place (théâtre forum, causerie, ateliers de réflexion, caravane de cinéma mobile, etc.), les publics cibles (jeunes, femmes, hommes, polices, survivants et leurs familles, leaders communautaires et religieuse, associations locales, etc.) et en conséquence les messages à donner. L'ensemble de ces choix sera fait sur la base des résultats du diagnostic initial.

La communication sera accompagnée par des **outils de communication** (dépliant, affiche, vidéo, reportage photo, etc.), produits par un consultant national spécialisé en communication et graphisme, et par un **guide pour les animateurs** communautaire. Les outils et moyens de communication et information, regroupés dans un boîte à outils, permettront de développer une opinion publique sensible à la thématique, d'informer la communauté sur les services disponibles pour les victimes, de vulgariser des messages clés contre la violence sexuelle et d'autres formes de violences basées sur le genre et sur les bonnes pratiques de tutelle de la santé sexuelle des femmes (planification familiale, éducation sexuelle pour les enfants, etc.). Le matériel de sensibilisation et d'information sera mis à disposition des HGR, des CS, des équipes d'animateurs communautaires et des CAC qui l'utiliseront pour leurs campagnes de sensibilisation.

Une **formation** sur l'utilisation de la boîte à outils sera prévue pour les équipes d'animateurs communautaires. En effet, pour chaque ZS cible sera organisée une **équipes d'animateurs communautaires** composée par les membres des associations, des ReCo et les assistants sociaux de la ZS. L'animateur communautaire qui fait partie de l'équipe cadre de la ZS effectuera le suivi de la planification et la réalisation des activités de sensibilisation.

Les équipes d'animateurs communautaires auront comme activités principales :

- la sensibilisation sur la santé de la reproduction, pour diffuser les bonnes pratiques liées à une sexualité responsable et respectueuse de la volonté et de la santé des deux partenaires (planification familiale) ;
- la sensibilisation sur la violence sexuelle, en tenant compte du tabou lié aux violences et de la banalisation faite par la société ;
- la mobilisation de la communauté pour réduire et prévenir la violence. La violence sexuelle n'est pas un enjeu exclusif aux femmes, ni un enjeu masculin, mais un enjeu sociétal. Il s'agit d'un processus soutenu qui envisage d'abolir les privilèges nuisibles aux droits humains des populations vulnérables, d'offrir du soutien aux victimes et d'intervenir en leur faveur, ainsi que de faire de l'éducation, de la sensibilisation et de la prévention auprès de la communauté qui doit être traitée comme faisant partie intégrante de la solution, pas seulement du problème ;
- la diffusion capillaire de l'information à l'égard de la population, sur les services existants, pour la prise en charge médicale, psychosociale et juridique, en plein respect de la confidentialité ;
- l'identification et le référencement vers les services disponibles des survivants ayant développé des réactions pathologiques au trauma ;
- le monitoring des violences dans leur propre milieu.

Sont prévus 4 sessions de formation sur les deux derniers ans du PLVS (cela permettra de préparer et produire les outils et moyens de sensibilisation pendant la première année), 2 sessions par an comprenant une session de formation et une session de recyclage de 4 jours. La session de recyclage sera prévue suite à un suivi de proximité des activités de terrain des équipes d'animateurs communautaires qui consentira d'identifier les difficultés de la mise en œuvre des compétences et outils maîtrisés durant les formations.

3.4.2.3 A 2.3 Réaliser des campagnes de sensibilisation et d'information des populations

Différentes études montrent que les VVS qui vivent dans des pays où il y a une forte sensibilisation et un système de prise en charge repèrent plus facilement ce qui est de l'ordre de la violence et iront plus facilement et à se faire soigner et à dénoncer la violence subit. On comprend dès lors qu'un aspect fondamental pour répondre correctement aux VVS est la sensibilisation de la communauté.

La **sensibilisation du public** sera menée à travers l'organisation des différentes campagnes et avec la distribution des outils de communication : posters, dépliants, livret sur la violence sexuelle mais aussi spots et débat chez les divers média, etc.... Le théâtre forum, les causeries et les ateliers de réflexion, etc. seront utilisés comme moyens principaux, pour informer la population en générale et en particulier les leaders communautaires, les associations de femmes, les représentants des églises et les élus sur les causes, les conséquences médicales et psychosociales des violences, sur les structures de prise en charge présentes sur le territoire, sur la législation en vigueur au Congo pour la répression des VS et sur le référencement et l'accompagnement des VVS vers les divers services. Les équipes d'animateurs au niveau des ZS (voir paragraphe 2.2) planifieront au moins 5 sessions de sensibilisation par province par an, (séances de théâtres, causeries, ateliers de formation, etc.) réalisées au cours des deux dernières années du PLVS. Des questionnaires à chaud de satisfaction du public seront administrés à la fin des chaque sensibilisation afin d'évaluer la pertinence et la compréhension des messages.

La radio sera utilisée comme outil important et un partenariat sera signé entre la DPS de chaque province, le Bureau centrale de Zone (BCZ), la radio OKAPI et les Radios communautaires pour des

émissions et spots sur la lutte contre les violences basées sur le genre lors des grands événements comme les 16 jours d'activisme, les 8 mars, la Journée Internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes, la Journée Internationale de la fille, etc.

Les **journalistes** des radios ciblées seront formés à rendre compte des actes de violences sexuelles et d'autres formes de violences basées sur le genre, de manière à ne pas perpétuer les stéréotypes sexistes, mais plutôt en informant et encourageant le débat public.

De façon précise, le DPS et BCZ demanderont aux radios ciblées de désigner leurs points focaux sur les violences qui travailleront avec le PLVS et seront en contact permanent avec les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PLVS. Un travail minutieux sera alors fait pour préparer les messages à donner, les spots et autres émissions. La méthodologie, les espaces média et les outils seront contenus dans un contrat qui sera signé entre ces radios, les DPS et BCZ.

Le programme de sensibilisation doit aboutir à une **mobilisation des communautés** locales aussi bien au niveau de la prévention et protection des victimes qu'au niveau du référencement vers les structures sanitaires et psychosociales. La mobilisation communautaire sera faite par la création, animation et opérationnalisation des **Cellules d'Animation Communautaire**²⁵ (CAC) au niveau des villages. Ces CAC seront constituées par le chef du village, 4 membres de la communauté et les représentants des ASLO (associations locales).

Les CAC se rencontreront avec les équipes d'animateurs une fois le trimestre dans une réunion de coordination/planification et suivi pour évaluer le pas franchi, analyser le traitement et la suite réservés aux cas graves de violences dans l'aire de santé, se convenir sur les activités de sensibilisation et mobilisation communautaire à réaliser le trimestre suivante. Une série d'outils de sensibilisation en langue locale sera mise à disposition des CAC en vue de réaliser les sensibilisations à cascade.

L'action recherchera l'adhésion de la population des trois provinces et leur engagement dans la diffusion de la sensibilisation et information sur le phénomène de violence sexuelle, même au-delà de l'initiative.

3.4.2.4 A 2.4. Mettre en place un programme de sensibilisation sur la prévention de la VS, l'éducation sexuelle et la planification familiale dans les écoles secondaires

En RDC, toutes les données statistiques, ainsi que l'analyse du contexte réalisée lors de la formulation du PLVS, convergent sur un point : la tranche d'âge la plus touchée par les violences sexuelles est la tranche entre 12-20 ans, et plus particulièrement chez les filles²⁶. Les adolescents sont fortement vulnérables en particulier les adolescentes issues des milieux défavorisés qui subissent souvent la double discrimination d'être à la fois jeunes et filles. Actuellement, les violences sexuelles faites aux enfants et adolescents sont considérées comme l'un des traumatismes les plus lourds de conséquences mortifères à court, moyen ou long terme, en l'absence d'aide et de soins.

L'expérience nous montre que ces violences ont tendance à traverser les générations et à « imprégner » plusieurs membres d'une même famille. Quel que soit le mode de ces agressions (attouchements, caresses, exhibition, pornographie, tentative de viol, viol...), aucune n'est anodine, et des faits qui peuvent être considérés comme mineurs par les adultes peuvent être vécus de façon destructrice par les enfants ou les adolescents.

Dans ce cadre, l'école joue un rôle primordial²⁷. Le système éducatif doit absolument, en effet, favoriser la réflexion des jeunes au cours de leur scolarité sur la place des femmes et des hommes dans la

²⁵ Dans certaines ZS l'UNICEF a créé des Cellules d'Animation Communautaire.

²⁶ « Ampleur des violences sexuelles en RDC et actions de lutte contre le phénomène de 2011 à 2012 », MINIGEFAE, UNFPA, juin 2013, Kinshasa

²⁷ Les résultats du rapport « Ampleur des violences sexuelles en RDC et actions de lutte contre le phénomène de 2011 à 2012 », MINIGEFAE, UNFPA, juin 2013, montrent que plus de 75% des cas des survivant(e)s des VSBG n'ont pas franchi le cap du primaire (soit 78% en 2011 contre 82% en 2012); et, 17% d'entre eux(elles) ont un niveau secondaire. L'instruction est une forme de prévention aux VSBS

société, sur le respect mutuel, et plus largement sur la lutte contre les discriminations. Dans les écoles secondaires, la mise en œuvre d'actions de prévention des comportements et violences sexistes, et des séances d'éducation à la sexualité participent pleinement de l'apprentissage du respect des autres, de l'autre sexe et en conséquence du vivre ensemble.

Pour répondre à cette exigence, le PLVS propose un' action d'éducation préventive par le biais de l'insertion **d'un module** sur la violence sexuelle, l'éducation sexuelle et la planification familiale dans le cours d'éducation à la vie (EPSP). Le module scolaire de sensibilisation inclura la reconnaissance des situations dangereuses, de la violence et de la coercition, la maîtrise de ses droits et l'enseignement des techniques de protection contre la violence, le développement de la capacité de parler à un adulte de situations qui mettent mal à l'aise, à distinguer entre bons et mauvais atouchements. L'implication et le renforcement des compétences des parents et enseignants sera un axe principal afin qu'ils sachent enseigner aux jeunes à se protéger et qu'ils sachent comment intervenir auprès des jeunes, au besoin.

Le module sera basé sur une série des paramètres afin de les adapter aux exigences du public cible :

- sessions courtes;
- introduction graduelle des concepts;
- notions concrètes et adaptées avec beaucoup d'indices visuels et de répétitions;
- méthodes comportementales plutôt que des méthodes basées sur les sentiments;
- participation active avec exploration et techniques expressives : jeux de rôle, dessins, discussion, illustrations, etc.;
- exposition régulière dans le temps et renforcement;
- formation des intervenants aux actions à poser suite à un dévoilement;
- implication des parents et des éducateurs dans l'animation;
- sensibilisation des parents ou tuteurs à la problématique de l'abus sexuel chez les jeunes.

Ce module sera piloté dans **3 écoles au Tshopo impliquées dans le Programme d'appui à l'enseignement technique et la formation professionnelle (EDUT)**. Le module sera développé avec l'appui d'un consultant national à base d'un accord entre la **Division Provincial de l'Education** et la DPS. Dans une phase ultérieure cette expérience peut être reprise dans d'autres interventions similaires dans d'autres provinces.

3.4.2.5 A.2.5. Appuyer le processus

Pour les trois DPS une assistance technique nationale est prévue afin d'assurer un appui et suivi continu à la mise en œuvre des différents volets du PLVS.

3.4.3 Résultat 3 : La prise en charge juridique des victimes de violence sexuelle est renforcée

3.4.3.1 A 3.1 Appuyer la mise en place d'un système de référence entre les services juridiques et policiers et le service de santé spécialisé.

Comme déjà décrit ailleurs, les protocoles de prise en charge doivent être traduits en instructions opérationnelles spécifiques qui déterminent pour chaque acteur exactement et de façon très précise et opérationnelle ses devoirs.

Parmi ces instructions, la référence de la femme VVS envers les services complémentaires (soit du service juridique vers la santé, soit de la santé vers les services juridiques) est très importante. La qualité de la communication et la facilitation financière des déplacements recevront l'attention nécessaire.

3.4.3.2 A 3.2 Assurer la formation des parties prenantes juridiques dans les zones d'intervention

L'existence d'instruction en soi n'est jamais suffisante pour introduire un changement. Il faudra que les parties prenantes soient formées et reçoivent les (quelques) outils nécessaires pour faire fonctionner le service. Des dossiers préconçus, en papier et électroniquement, sont un exemple d'outils à mettre en place.

3.4.3.3 A 3.3 Institutionnaliser une communication administrative et légale entre les services de santé et juridiques afin de disposer de dossiers légaux de qualité pour défendre les femmes VVS

Les différents acteurs doivent connaître et maîtriser leur devoir de communication formelle dans le sens large du terme. Des résultats de tests médicaux ou médico-légaux doivent être inscrits dans les dossiers juridiques. Les médecins qui ont fait les constats doivent (éventuellement) être convoqués pour témoignage, etc.

3.4.3.4 A.3.4 Formuler une proposition de financement pour la défense juridique des femmes VVS

En ce moment, les frais engendrés par une femme VVS qui décide de procéder légalement sont peu connus et donc difficiles à estimer. Le projet propose d'accompagner toutes les femmes prises en charge au courant du projet dans le Centre Alwaleed et qui décident de procéder légalement, dans leurs démarches. Le centre identifiera une personne au sein de l'équipe, responsable pour ce suivi spécifique. Les frais de déplacement de la femme sont déjà couverts dans A.3.1. Les démarches policières et légales seront couvertes financièrement par le projet aussi (gratuité de la prise en charge). La personne responsabilisée au niveau du Centre Alwaleed intégrera dans les dossiers des victimes toute activité et les frais engendrés pour accompagner les femmes légalement et notifiera toute difficulté rencontrée. Après 2 ans, un bilan sera réalisé qui permettra de mieux appréhender les difficultés de la prise en charge légale des femmes et d'avoir une meilleure idée des frais y liés. Ceci informera les autorités congolaises (santé, juridiques,..) et les bailleurs sur les implications d'une politique de gratuité. Dans une phase ultérieure, les apprentissages pourront contribuer à une prise en charge juridique plus consistante avec un accompagnement de renforcement des capacités personnelles mais surtout organisationnelles et institutionnelles des organes juridiques locaux.

3.4.4 Résultat 4 : La prise en charge VVS adaptée aux spécificités socio-culturelles des populations ciblées est assurée par l'utilisation des méthodes basées sur les évidences scientifiques

3.4.4.1 A 4.1 Appuyer la mise en place d'une équipe multidisciplinaire d'accompagnement de la recherche scientifique au Tshopo

Au début de l'intervention les partenaires scientifiques ensemble avec la Cellule Santé de la CTB-Siège travailleront sur une proposition de **protocole de recherche** et de sélection de membres de l'équipe **multidisciplinaire d'accompagnement**. Cette équipe fonctionnera au niveau de Centre Alwaleed et ne comprendra pas seulement des membres des institutions scientifiques/académiques mais aussi des médecins, des infirmiers, des assistants sociaux, des spécialistes juridiques et les associations de défense des droits de l'homme/de la femme/de l'enfant.

L'équipe se mettra aussi d'accord sur une charte de fonctionnement interne et l'approche déontologique de la recherche pour laquelle une proposition sera développé.

L'équipe se mettra aussi d'accord sur les termes de référence pour un – ou dans le cas échéant plusieurs - chercheur local. Le chercheur local sera financé par le Programme Bourse de la CTB en RDC, auquel la DPS Tshopo soumettra une demande de financement. Idéalement le chercheur local fera un PhD avec un (co-)promoteur de l'Université de Kinsangani, l'Université de Gand et l'UCL.

3.4.4.2 A 3.2 Assurer la formation de l'équipe multidisciplinaire sur le « grounded theory »

Toute l'équipe sera formée dans la méthodologie du « *grounded theory* » afin d'assurer une compréhension commune. Cette formation sera fournie par les partenaires scientifiques belges. **La formation sera continue** (3 ateliers de 3 jours par an) afin de permettre l'utilisation optimale du « *grounded theory* ». Les ateliers de formation seront combinés avec **les missions de suivi scientifiques** des Universités de Gand et de Louvain-la-Neuve. Chacune des universités belges fera trois missions de suivi scientifique par an.

3.4.4.3 A 3.3 Activités de recherche continue à travers du « grounded theory »

La méthodologie du « *grounded theory* » est **une méthodologie inductive et adaptive**. Les hypothèses formulées à base de données empiriques seront testées dans la pratique. À base des résultats de ces tests elles seront raffinées, révisées ou rajustées. Par exemple : actuellement les rapports de prise en charge indiquent que dans la majorité des cas de prise en charge, il s'agit des jeunes filles adolescentes. Si les données empiriques mettent en évidence que les filles VVS ne peuvent pas continuer leurs études et que la terminaison brusque de leurs études affecte leur récupération psychologique parce que l'éloignement de l'école augmente leur isolement social, le comité d'accompagnement de la recherche pourrait décider d'identifier les personnes qui jouent un rôle clé dans la prise de décision sur la scolarisation de la fille.

Dans la culture occidentale on assume facilement que les parents (père et/ou mère) jouent ce rôle. Comme hypothèse on peut assumer qu'en RDC c'est plutôt l'oncle (du côté du père) qui joue un rôle beaucoup plus important dans la prise en charge de la fille victime parce que c'est lui qui doit aller parler avec les parents afin de les persuader de ne pas envoyer la fille hors du village, de les persuader qu'elle peut continuer – et terminer - ces études, que les parents ne peuvent pas la marier contre sa volonté. De ce point de vue il sera important d'impliquer l'oncle dans les processus thérapeutique. Le comité va proposer une approche afin d'assurer un rôle plus performant de l'oncle dans la prise en charge de la fille victime. Après avoir développé quelques expériences à base de cette hypothèse et cette approche le comité d'accompagnement peut valider l'hypothèse – et l'approche - ou la rejeter. Si l'hypothèse et l'approche sont validées, l'équipe peut avancer et raffiner l'hypothèse et les procédures thérapeutiques. Si la thèse n'est pas validée il faudra la rajuster ou rejeter. Des outils de recherche appropriés seront développés (questionnaires, cadre analytique pour les observations participatives, méthodes audiovisuelles, etc.).

Ainsi ce volet du PLVS envisage le développement graduel d'une prise en charge psychologique et psychosociale adaptées au contexte socio-culturel et socio-économique de la VVS.

Les résultats de la recherche doivent être **capitalisés** au travers des publications (articles scientifiques et publications vulgarisant pour un public plus vaste), la révision des protocoles existants et la validation des nouveaux protocoles par les autorités centrales.

3.5 Indicateurs et sources de vérification

Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification
<p><u>Objectif global :</u></p> <p>Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de lutte contre la pauvreté</p>		
<p><u>Objectif spécifique :</u></p> <p>La prise en charge des victimes de violence sexuelle par le secteur de la santé, au travers d'une meilleure accessibilité et qualité des soins dans le cadre d'une approche multisectorielle, est améliorée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Chacun des trois DPS ciblées dispose d'un centre spécialisé dans la prise en charge des VVS fonctionnel et intégré dans le système de la santé et à base d'une collaboration multisectorielle • Au long de l'intervention le nombre de cas de prise en charge des VVS dans les zones cibles augmentent du 20% 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapports et statistiques trimestriels et annuels des structures de santé de prise en charge des VVS ; • Rapports annuels de l'intervention ; • Rapports des MPS.
<p><u>Résultat 1 :</u></p> <p>Les structures décentralisées²⁸ de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des VVS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A la fin du PLVS les centres spécialisés des 3 provinces concernées disposent de services fonctionnels et efficaces de prise en charge médicale et psychologique des VVS et d'un protocole adapté. • Les centres spécialisés disposent de personnel formés dans les différents aspects dans la prise en charge médicale et psychologique et le référencement des VVS et bénéficient d'une formation continue. • Le nombre des cas des VVS suivies par les centres spécialisés ciblés, au moment du traumatisme et dans la période qui suit, a augmenté du 30 %. • Des mécanismes de référencement et d'accompagnement des VVS fonctionnels et efficaces sont mise en œuvre entre les services de santé, la police, la justice. 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse des activités des centres spécialisés avant et après l'intervention (étude de base et rapports annuels) ; • Rapports des formations, évaluations des formations et listes des participants aux formations ; • Feuille de route du pool des formateurs créée à la DPS ; • Rapports annuels et rapports statistiques des HGR et du Centre Alwaleed ; • PV des rencontres de concertation et de négociation entre MPS, MGFE, Ministère de la Justice et Ministère de l'Intérieur. • PV des rencontres de concertation et de négociation avec les PTFs. • Enquête de satisfaction des clients

²⁸ Les structures des santé décentralisées : les Ministères Provinciaux de la Santé Publique, les DPS – y compris le PNSR au niveau provincial, les ZS (HGR et les CS) et le Centre Alwaleed. Au Thsopo, le Ministère Provincial de la santé (MPS) est aussi le Ministère du Genre et des Affaires Sociales. Au Sud-Ubangi le MPS englobe le Ministère du genre de la famille et des enfants.

<p><u>Résultat 2 :</u></p> <p>Un système de prévention des VSBG est mis en place dans la communauté et dans les écoles secondaires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un système fonctionnel de référencement pour les VVS vers les structures sanitaires commence à fonctionner. • 60% de la population et les autorités locales des 3 provinces concernées reconnaissent la gravité du phénomène des VS, ses causes et l'effet sur la santé de la victime ; • 60% de la population et les autorités locales connaissent des services disponibles pour les victimes ; • 3 écoles secondaires du Programme EDUT ont mis en œuvre le module sur les VS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport de l'étude CAP ; • Rapports d'évaluation ; • Rapports trimestriels des ECZS ; • Rapports semestriels des cellules d'animation communautaire (CAC) ; • Rapports semestriels des sensibilisations de l'équipe d'animation au niveau des ZS ; • Rapports annuels des écoles ciblées.
<p><u>Résultat 3 :</u></p> <p>La prise en charge juridique des victimes de violence sexuelle est renforcée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le nombre de femmes effectivement référées entre les instances santé et juridiques • Le % des femmes qui ont effectivement procédé juridiquement 	<ul style="list-style-type: none"> • Dossiers des OSC
<p><u>Résultat 4:</u></p> <p>La prise en charge des VVS adaptée aux spécificités socio-culturelles et socio-économiques des populations ciblées est assurée par l'utilisation des méthodes basées sur les évidences scientifiques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Des approches thérapeutiques appropriées au contexte socio-culturel et socio-économique spécifique ont été développées et sont utilisées par les centres spécialisés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapports annuels d'activité de l'équipe d'accompagnement scientifique; • Rapports de missions de suivi scientifique ; • Rapports de recherche ; • Publications ; • Proposition de protocole révisé pour la prise en charge psychologique et psychosociale.

3.6 Acteurs intervenant dans la mise en œuvre

Le PLVS sera mise en œuvre en synergie avec les autres deux composantes d'appui au niveau central et d'appui au niveau intermédiaire en collaboration avec plusieurs acteurs impliqués dans la lutte contre la VS.

Au niveau central il s'agit des acteurs suivants :

- Ministère de la Santé Publique : DEP, DLM, SNAME, DSSP/DOGS, PNSR;
- Ministère du Genre, de la Famille et des Enfants;
- PTF : UNICEF, SANRU/Fonds Mondial, GIBS.

Au niveau décentralisé :

- pour la santé :
 - les MPS/DPS du Tshopo, du Sud-Ubangi et du Kwilu ;
 - les PNSR provinciaux ;
 - les ZS de Makiso-Kisangani, de Gemena et de Mosango ;
 - le Centre Alwaleed ;
 - les HGR et les CS des ZS de Gemena et de Mosango ;
 - les ReCo et les CAC respectifs ;
 - les CDR ;
 - le Comité de Pilotage Provincial ;
 - les PTFs locaux impliqués dans la lutte contre les VS et la promotion de la santé sexuelle et de la reproduction.
- pour les secteurs hors de la santé :
 - le Ministère du Genre, d’Affaires Sociales, de l’Intérieur, de la Justice et de l’Enseignement ;
 - la police ;
 - les associations de prise en charge juridique et d’insertion socio-économique ;
 - les médias ;
 - le Programme d’appui à l’enseignement technique et la formation professionnelle au Tshopo (EDUT)

Au niveau d’appui scientifique :

- les Départements de Pédagogie et de Psychologie à l’Université de Kisangani ;
- le Centre pour les Enfants dans des Situations Vulnérables (CCVS) à l’Université de Gand (Belgique)
- L’Institut de Recherche Santé et Société (IRSS) et de la Faculté de Santé Publique (FSP) à l’Université Catholique de Louvain-la-Neuve (UCL) (Belgique).

3.7 Analyse des risques

Etant entendu que le PLVS fait partie intégrée du programme d’appui au niveau intermédiaire, les deux partagent les mêmes risques, probabilités et mesures d’atténuations. En plus il faut souligner que la mise en œuvre du PLVS est déterminée par la mise en œuvre du programme d’appui au niveau intermédiaire. Ci-dessous on essayera en plus de clarifier quelques risques qui sont spécifiques pour la lutte contre la VS.

3.7.1 Risques liés à la mise en œuvre

Risques	Niveau de risques	Probabilité	Mesures d’atténuation
Objectif : La prise en charge des victimes de violence sexuelle par le secteur de la santé, au travers d’une meilleure accessibilité et qualité des soins dans le cadre d’une approche multisectorielle, est améliorée.			
Résultat 1 : les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des VVS			

Manque de personnel avec les compétences nécessaires pour une prise en charge de qualité des VVS.	élevé	forte	Attention particulière pour la sensibilisation et la formation continues du personnel sanitaire.
Des retards dans le processus de décentralisation effective du secteur de la santé au Kwilu et dans le Sud-Ubangi combinés avec la non-disponibilité d'un coordinateur provincial pour le PNSR.	élevé	forte	Possibilité d'adapter les activités prévues dans le DTF aux besoins spécifiques des provinces et de réallouer les budgets prévus. L'approche programme et l'intégration du PLVS comme résultat additionnel au programme d'appui au niveau intermédiaire.
Le PNSR au niveau central a un intérêt limité parce qu'il n'est pas impliqué comme bénéficiaire direct du programme santé.	moyen	moyen	Concertation régulière avec le PNSR au niveau central. Participation du PNSR central dans les ateliers nationaux. Collaboration étroite avec le PNSR au niveau intermédiaire (DPS).
Faible collaboration des acteurs externes au secteur de la santé.	moyen	moyen	Activités de plaidoyer et de concertation continues.
Résultat 2 : un système de prévention de VS est mis en place dans la communauté et dans les écoles secondaires			
Préférences pour les arrangements à l'amiable.	moyen	moyen	Campagnes de prévention et de sensibilisation.
Les tabous sur les VS et autres formes de VBG.	moyen	forte	Campagnes de prévention et de sensibilisation. Collaboration avec les écoles appuyées par la CTB (dans le cadre du Programme EDUT).
Résistance à l'introduction du modules VS, éducation sexuelle et planification familiale dans les écoles.	élevé	forte	Collaboration avec les écoles appuyées par la CTB (dans le cadre du Programme EDUT). Sensibilisation et formation continues.

Résultat 3 : La prise en charge juridique des victimes de violence sexuelle est renforcée			
Les policiers ne changent pas leur attitude vis-à-vis les femmes et particulièrement vis-à-vis les VVS	élevé	moyen	La formation et leur suivi par les services de santé Essayer de travailler avec des policiers femmes
Les femmes qui procèdent juridiquement n'ont pas de satisfaction légale ou morale à la fin du processus	élevé	moyen	Les dossiers juridiques seront d'une meilleure qualité Les instances juridiques seront plus sensibilisées
Résultat 4 : la prise en charge des VVS adaptée aux spécificités socio-culturelles et socio-économiques des populations ciblées est assurée par l'utilisation des méthodes basées sur les évidences scientifiques			
L'intervention manque de discipline et de rigueur méthodologique pour mener une bonne recherche.	faible	faible	Missions de suivi scientifique régulier. Une bourse (au travers du Programme bourses) pour au moins un chercheur local.
Faible qualité des études réalisées par les consultants externes.	moyen	moyen	Suivi de qualité des TdR, de la réalisation de la recherche, des analyses et des conclusions par l'ATI.

3.7.2 Risques liés à la gestion

Risques	Niveau de risques	Probabilité	Mesures d'atténuation
Objectif : La prise en charge des victimes de violence sexuelle par le secteur de la santé, au travers d'une meilleure accessibilité et qualité des soins dans le cadre d'une approche multisectorielle, est améliorée.			
La dispersion géographique (intervention dans 3 DPS éloignées)	moyen	forte	Sélection des ZS à base de leur accessibilité géographique. Intégration du PLVS dans le programme d'appui au niveau intermédiaire. Combinaison des visites aux DPS avec d'autres réunions de concertation du programme.

3.7.3 Risques liés à l'efficacité

Risques	Niveau de risques	Probabilité	Mesures d'atténuation
Objectif : La prise en charge des victimes de violence sexuelle par le secteur de la santé, au travers d'une meilleure accessibilité et qualité des soins dans le cadre d'une approche multisectorielle, est améliorée.			
Résultat 1 : les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des VVS			
Les barrières financières à la prise en charge des VVS.	élevé	faible	Introduction graduelle de tarification forfaitaire subsidiée, la subvention étant 100% pour la durée de ce projet. Accompagnement de la tarification forfaitaire par des campagnes d'information et de sensibilisation.
Faible performance des acteurs externes au secteur de la santé.	élevé	forte	Concertation avec les PTF afin de négocier le financement des volets d'aide juridique et de réinsertion socio-économique.
Résultat 2 : un système de prévention de VS est mis en place dans la communauté et dans les écoles secondaires			
Faible conscience chez les prestataires de services sanitaires.	élevé	forte	Sensibilisation continue intégrée dans les formations.
Production de messages « génériques » qui méconnaissent le contexte socio-culturel et socio-économique.	moyen	moyenne	Etudes CAP. Suivi de proche par l'ATI.
Résultat 3 : La prise en charge juridique des victimes de violence sexuelle est renforcée			
Absence de compétences spécifiques pour cet aspect dans le projet et ses partenaires	élevé	faible	Recruter un consultant national pour certaines activités
Terrains de travail et géographique énormes avec risque de se perdre	moyen	moyen	Ce concentrer dans un premier temps sur Tshopo
Résultat 4 : la prise en charge des VVS adaptée aux spécificités socio-culturelles et socio-économiques des populations ciblées est assurée par l'utilisation des méthodes basées sur les évidences scientifiques			

Préférence pour une approche médicalisée de la prise en charge psychologique.	moyen	moyenne	L'utilisation de l'approche recherche-action basée sur des évidences scientifiques utilisant le « <i>grounded theory</i> »
---	-------	---------	--

3.7.4 Risques liés à la durabilité

Risques	Niveau de risques	Probabilité	Mesures d'atténuation
Objectif : La prise en charge des victimes de violence sexuelle par le secteur de la santé, au travers d'une meilleure accessibilité et qualité des soins dans le cadre d'une approche multisectorielle, est améliorée.			
Résultat 1 : les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des VVS			
La non-validation des instructions adaptées par le niveau central.	élevé	faible	Implication du PNSR et concertation avec la DSSP/DOGS. L'approche programme santé qui permet une concertation continue avec le niveau central.
Manque de ressources pour la subvention de la tarification forfaitaire.	élevé	faible	Exploitation maximale des synergies entre le PLVS et les autres composantes du programme santé (SNAME, FEDECAM, CDR, contrat unique, etc.)
Manque d'intérêt des PTF santé en RDC pour appuyer la consolidation des approches développées par le PLVS et l'extension du PLVS à toutes les provinces de la RDC.	élevé	forte	Travail de plaidoyer continu au niveau provincial. Appui à la participation de la coopération belge aux groupes de travail concerné au sein du GIBS. Identification de différentes pistes qui peuvent mener à une approche standardisée pour tout le pays et le développement d'un cadre national qui permettent une extension effective.
Résultat 2 : un système de prévention de VS est mis en place dans la communauté et dans les écoles secondaires			
Manque de ressources pour les activités de communication, information et sensibilisation.	élevé	forte	Approche intégrée dans les structures de santé existant.

Résultat 3 : La prise en charge juridique des victimes de violence sexuelle est renforcée			
Manque de ressources financières propres	moyen	forte	Le projet assure les finances nécessaires pour les 3 ans de l'intervention, mais illustrera également combien exactement coûtent les services pour que les différentes autorités puissent en tenir compte dans une phase ultérieure
Besoin d'un appui institutionnel spécifique pour toutes les instances juridiques	élevé	faible	La pérennisation ne se réalisera pas dans cette phase, mais des activités préparatoires sont menées (ex : formation des cadres)
Résultat 4 : la prise en charge des VVS adaptée aux spécificités socio-culturelles et socio-économiques des populations ciblées est assurée par l'utilisation des méthodes basées sur les évidences scientifiques			
Faible intérêt d'autres acteurs pour les nouvelles approches thérapeutiques.	moyen	moyen	Validation scientifique des nouvelles approches grâce à la collaboration avec des institutions académiques reconnues. Attention spécifique pour la publication et la dissémination des résultats de la recherche au niveau des DPS concernées, au niveau central et au niveau international. Capitalisation des résultats assurée par l'approche programme.

3.7.5 Risques fiduciaires

Risques	Niveau de risques	Probabilité	Mesures d'atténuation
Risque de détournement des fonds ou allocation inappropriée du budget	Très faible	faible	La CTB travaille dans le respect des principes de double signature, séparation des fonctions et audits réguliers.
Risque d'utilisation des ressources matérielles et logistiques, financées par l'intervention, à des fins personnelles	faible	faible	Equipe d'assistance technique et administrative fonctionnelle assurant le suivi au niveau de chaque province.

4 RESSOURCES

4.1 Ressources financières

4.1.1 Contribution congolaise

La contribution de la Partie Congolaise couvrira essentiellement :

- Les salaires / primes d risque des fonctionnaires appelés à contribuer à l'exécution du PLVS ;
- La mise à disposition de locaux en nombre adéquats pour accueillir le personnel de la prestation;
- Le financement des frais d'entretien et maintenance des infrastructures publiques financées dans le cadre du PLVS ;
- La mise à disposition de personnel pour le développement du protocole, la prise en charge, la concertation avec les autres acteurs, les formations, la sensibilisation et l'information, la participation dans les différentes études et la recherche-action (« grounded theory ») ;
- La contre-valeur de la TVA sur tous les achats effectués dans le cadre du PLVS ;le paiement de tout impôt, droits de douane, taxes d'entrée, ainsi que tout autres taxes (y compris la TVA) ou charges fiscales et administratives présentes et à venir sur les fournitures et équipements, travaux et prestations de service .Modalités de gestion financière

Pour les contribution financières nous pouvons estimer que dans les ZS, le gouvernement contribue de la même façon que pour le PAPD. Le chiffre de 23 001 840 US Dollar est avancé dans ce dossier et est mentionné ici pour rappel.

Par rapport au personnel du centre spécialisé, nous pouvons estimer la contribution congolaise à $12 \times 3 \times 490 \times 20$ personnes = 352 800 US Dollar

La mise à disposition de locaux peut être estimé à 36 000 US Dollar

4.1.2 Contribution belge

BUDGET TOTAL RDC 14 191 11		Mode d'exéc.	BUDGET TOTAL	%
A	Objectif spécifique: La prise en charge des victimes des violences sexuelles par le secteur de la santé est améliorée au travers d'une meilleure accessibilité et qualité des soins dans le cadre d'une approche multisectorielle dans la DPS du TSHOPO		1,005,900	34%
A 01	Résultat 1 : Les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des VVS		388,800	13%
A 02	Résultat 2 : Un système de prévention des VSBG est mise en place dans la communauté et dans les écoles secondaires		238,950	8%
A 03	Résultat 3 : La prise en charge juridique des victimes de violence sexuelle est renforcée		58,500	2%
A 04	Résultat 4 : La prise en charge des survivants/victimes des violences sexuelles adaptée aux spécificités socio-culturelles des populations ciblées est assurées par l'utilisation des méthodes basées sur les évidences scientifiques		319,650	11%
B	Objectif spécifique: La prise en charge des victimes des violences sexuelles par le secteur de la santé est améliorée au travers d'une meilleure accessibilité et qualité des soins dans le cadre d'une approche multisectorielle dans la DPS du KWILU		477,200	16%
B 01	Résultat 1 : Les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des VVS		267,250	9%
B 02	Résultat 2 : Un système de prévention des VSBG est mise en place dans la communauté et dans les écoles secondaires		176,450	6%
B 03	Résultat 3 : La prise en charge juridique des victimes de violences sexuelles est renforcée		33,500	1%
C	Objectif spécifique: La prise en charge des victimes des violences sexuelles par le secteur de la santé est améliorée au travers d'une meilleure accessibilité et qualité des soins dans le cadre d'une approche multisectorielle dans la DPS du SUD UBANGI		477,200	16%
C 01	Résultat 1 : Les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des VVS		267,250	9%
C 02	Résultat 2 : Un système de prévention des VSBG est mise en place dans la communauté et dans les écoles secondaires		176,450	6%
C 03	Résultat 3 : La prise en charge juridique des victimes de violence sexuelle est renforcée		33,500	1%
X	Réserve budgétaire (max 5% * total activités)		46,413	2%
X 01	Réserve budgétaire		46,413	2%
Z	Moyens généraux		993,287	33%
Z 01	Frais de personnel		758,600	25%
Z 02	Investissements		50,687	2%
Z 03	Frais de fonctionnement		96,900	3%
Z 04	Audit et Suivi et Evaluation		87,100	3%
TOTAL			3,000,000	

4.2 Ressources humaines

Les ressources humaines du PLVS devraient être en adéquation avec l'importance du budget, la durée et les capacités des principaux partenaires dans le PLVS. Les différents domaines d'intervention du PLVS (élaboration de modules de formation, fourniture et installation d'équipements, formations des personnels, appui à la concertation, recherche-action, petites réhabilitations), un cadre institutionnel provincial encore faible (tant en stratégies et politiques, qu'en présence et capacités des acteurs sur le terrain) et l'étendue de la zone d'intervention font qu'une large gamme de compétences et de profils techniques d'une part et un nombre suffisant de personnes, d'autre part seront nécessaires pour atteindre des résultats de qualité.

4.2.1 Principes

- L'utilisation du genre masculin ci-après couvre à la fois les femmes et les hommes. Les femmes sont particulièrement encouragées à présenter leur candidature et la sélection tiendra compte de l'égalité des genres au niveau des ressources humaines.
- L'assistance technique est un des moyens importants prévus par l'intervention pour accompagner les dynamiques de changement, la mise en place ou le renforcement des systèmes ainsi que le renforcement des capacités des différents partenaires clés. Ainsi l'assistance technique appuiera les différents acteurs congolais dans la mise en œuvre du PLVS, selon leurs rôles respectifs.
- Dans la mesure du possible, l'assistance technique pour le PLVS est mutualisée avec les autres interventions d'appui au secteur de la santé appuyées par la coopération belgo-congolaise dans la province, afin de réduire les coûts et de favoriser les synergies.

4.2.2 Profils prévus pour l'Équipe Technique Violence Sexuelle

L'Équipe Technique (ET) chargée d'assurer directement la mise en œuvre du PLVS et l'atteinte des différents résultats, sera composée de 1 (un) Assistant Technique International (basé à Kisangani à la DPS du Tshopo) et de 3 (trois) Assistants Techniques Nationaux (1 par province ; basé à la DPS respective).

La base principale du PLVS sera située à Kisangani sous la responsabilité technique de l'ATI responsable/coordonateur du programme d'appui au niveau intermédiaire (PADP).

La Direction Technique (DT) du PLVS sera composée de **1 (un) Assistant Technique International (ATI)** basé dans les bureaux de la DPS du Tshopo à Kisangani.

L'ATI, possédant une large expérience dans la gestion des projets sur la prise en charge multisectorielle des VVS et avec une expérience clinique affirmée dans ce domaine, aura comme missions et attributions :

5. La gestion quotidienne du PLVS: coordonner et exécuter la mise en œuvre des activités du PLVS en vue de l'atteinte des résultats ;
6. La collaboration avec les institutions et services partenaires ;
7. La gestion du personnel ;
8. L'orientation stratégique ;
9. Le rapportage et le suivi ;
10. Le transfert des compétences aux partenaires congolais ;
11. Assurer la gestion administrative et logistique en lien avec le programme d'appui au niveau

intermédiaire (PADP) ;

12. La préparation du SMCL ;

13. La participation au SMCL (en qualité d'expert, comme observateur et contributeur).

L'ATI sera appuyé par **3 (trois) Assistants Techniques Nationaux (ATN)**, un pour chaque DPS, ayant comme missions et attributions :

1. La mise en œuvre des activités du PLVS sur la base d'une planification et coordination avec l'ATI
2. Le rapportage et le suivi
3. Le transfert des compétences aux partenaires congolais
4. Le suivi de la gestion administrative et logistique en lien avec le programme d'appui au niveau intermédiaire.
5. Appui à la préparation du SMCL.

4.2.3 Appui Finance et Administration

Vu l'existence d'interventions dans d'autres secteurs, menées par la coopération belge, il est opté pour un approche provinciale, dans la conduite des démarches administratives et financières. A Kikwit et à Kisangani, des bureaux de coordination provinciale existent déjà et les services de support administratif et financier seront « achetés » chez ces bureaux provinciaux. Dans le Sud-Ubangi les modalités de mise en œuvre seront définies dans un SLA, un accord entre l'UPP et la coordination provinciale qui définira le cadre exacte de cet achat de services.

Un même système sera adopté pour les services logistiques, marchés publiques et autres du niveau central qui seront fourni par la Représentation de la CTB. Le PLVS contribue le 25% du budget pour le comptable vérificateur qui sera recruté par le programme d'appui au niveau intermédiaire par province et qui travaillera au sein de la coordination provinciale sur les dossiers spécifiques santé.

4.2.4 Consultants nationaux

Le PLVS emploiera plusieurs consultants nationaux pour des tâches et des études spécifiques, plus particulièrement :

- Le développement d'un protocole de prise en charge spécifique pour la santé ;
- L'introduction de la tarification forfaitaire ;
- Le diagnostic CAP socio-anthropologique ;
- La production d'outils de sensibilisation ;
- La production d'un module de prévention des VS, d'éducation sexuelle et de planification familiale.

4.2.5 Appui scientifique national et international

Le PLVS prévoit une collaboration avec des institutions académiques congolaises et internationales qui ont une expertise spécifique dans la santé et les droits sexuels et reproductifs, les études socio-anthropologique et la prise en charge médicale et psychosociale/psychologique des VVS. Le projet a déjà identifié les institutions suivantes comme partenaires scientifiques potentielles :

- Les Départements de Psychologie et de Pédagogie à l'Université de Kisangani ;
- Le Centre pour les Enfants dans des Situations Vulnérables (CCVS) à l'Université de Gand ;

- L'Institut de Recherche Santé et Société (IRSS) et la Faculté de Santé Publique (FSP) à l'Université Catholique de Louvain-la-Neuve.

4.3 Ressources matérielles

Le PLVS prévoit de budgets pour les ressources matérielles suivant :

- Aménagement, installation et fonctionnement des bureaux pour l'Équipe Technique ;
- Aménagement des infrastructures sanitaires concernées ;
- Moyens de transport : 1 véhicule 4X4 et 6 motos ;
- Production des outils de formation, d'information, de communication et de sensibilisation ;
- L'achat de littérature
- Matériel de support pour la recherche scientifique.

4.4 Budget

BUDGET TOTAL RDC 14 191 11				Mode d'exéc.	BUDGET TOTAL	%	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3
Objectif spécifique: La prise en charge des victimes des violences sexuelles par le secteur de la santé est améliorée au travers d'une meilleure accessibilité et qualité des soins dans le cadre d'une approche multisectorielle dans la DPS du TSHOPO					1,005,900	34%	376,700	348,050	281,150
A 01	<i>Résultat 1 : Les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des VVS</i>				388,800	13%	193,300	106,100	89,400
A 01 01	01	Analyser 4 protocoles de prise en charge		régie	66,650		59,050	3,800	3,800
A 01 02	02	Introduire le système d'une tarification forfaitaire		régie	166,900		63,200	60,200	43,500
A 01 03	03	Assurer l'approvisionnement régulier des médicaments et intrants		régie	22,800		7,600	7,600	7,600
A 01 04	04	Former les parties prenantes dans la prise en charge des VVS		régie	44,100		18,500	12,800	12,800
A 01 05	05	Mettre en place l'accompagnement de la négociation		régie	4,800		1,600	1,600	1,600
A 01 06	06	Aménager les infrastructures sanitaires		régie	19,000		19,000	0	0
A 01 07	07	Appuyer le processus		régie	64,550		24,350	20,100	20,100
A 02	<i>Résultat 2 : Un système de prévention des VSBG est mise en place dans la communauté et dans les écoles secondaires</i>				238,950	8%	60,350	112,400	66,200
A 02 01	01	Etablir le diagnostic initial dans la province		régie	25,300		25,300	0	0
A 02 02	02	Produire et diffuser les outils de sensibilisation		régie	53,700		0	40,450	13,250
A 02 03	03	Réaliser des campagnes de sensibilisation et d'information des populations		régie	67,400		10,700	28,350	28,350
A 02 04	04	Mise en place d'un programme de sensibilisation sur la prévention des VSBG, l'éducation sexuelle et la planification familiale dans les écoles secondaires		régie	28,000		0	23,500	4,500
A 02 05	05	Appuyer le processus		régie	64,550		24,350	20,100	20,100
A 03	<i>Résultat 3 : La prise en charge juridique des victimes de violences sexuelles est renforcée</i>				58,500	2%	15,500	23,500	19,500
A 03 01	01	Appuyer la mise en place d'un système de référence entre les services juridiques et policiers et le service de santé spécialisé		régie	19,500		6,500	6,500	6,500
A 03 02	02	Assurer la formation des parties prenantes juridiques dans les zones d'intervention		régie	9,000		3,000	3,000	3,000
A 03 03	03	Institutionnaliser une communication administrative et légale entre les services de santé et juridiques afin de disposer de dossiers légaux de qualité pour défendre les femmes VVS		régie	5,000		1,000	4,000	0
A 03 04	04	Formuler une proposition de financement pour la défense juridique des femmes VVS		régie	25,000		5,000	10,000	10,000
A 04	<i>Résultat 4 : La prise en charge des survivants/victimes des violences sexuelles adaptée aux spécificités socio-culturelles des populations ciblées est assurées par l'utilisation des méthodes basées sur les évidences scientifiques</i>				319,650	11%	107,550	106,050	106,050
A 04 01	01	Appuyer la mise en place d'une équipe multidisciplinaire d'accompagnement la recherche scientifique au Tshopo		régie	15,000		5,000	5,000	5,000
A 04 02	02	Assurer la formation de l'équipe multidisciplinaire sur la théorie d'ancrage		régie	287,100		95,700	95,700	95,700
A 04 03	03	Activités de recherche continue à travers de la théorie d'ancrage		régie	17,550		6,850	5,350	5,350

B	Objectif spécifique: La prise en charge des victimes des violences sexuelles par le secteur de la santé est améliorée au travers d'une meilleure accessibilité et qualité des soins dans le cadre d'une approche multisectorielle dans la DPS du KWILU				477,200	16%	144,200	176,350	156,650
<i>B 01</i>	<i>Résultat 1 : Les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des VVS</i>				<i>267,250</i>	<i>9%</i>	<i>89,850</i>	<i>93,700</i>	<i>83,700</i>
B 01 01	Analyser 4 protocoles de prise en charge	régie	7,600		0		3,800	3,800	
B 01 02	Introduire le système d'une tarification forfaitaire	régie	130,500		43,500		43,500	43,500	
B 01 03	Assurer l'approvisionnement régulier des médicaments et intrants	régie	5,700		1,900		1,900	1,900	
B 01 04	Former les parties prenantes dans la prise en charge des VVS	régie	44,100		18,500		12,800	12,800	
B 01 05	Mettre en place l'accompagnement de la négociation	régie	4,800		1,600		1,600	1,600	
B 01 06	Aménager les infrastructures sanitaires	régie	10,000		0		10,000	0	
B 01 07	Appuyer le processus	régie	64,550		24,350		20,100	20,100	
<i>B 02</i>	<i>Résultat 2 : Un système de prévention des VSBG est mise en place dans la communauté et dans les écoles secondaires</i>				<i>176,450</i>	<i>6%</i>	<i>43,850</i>	<i>69,150</i>	<i>63,450</i>
B 02 01	Etablir le diagnostic initial dans la province	régie	8,800		8,800		0	0	
B 02 02	Produire et diffuser les outils de sensibilisation	régie	34,700		0		20,200	14,500	
B 02 03	Réaliser des campagnes de sensibilisation et d'information des populations	régie	68,400		10,700		28,850	28,850	
B 02 04	Appuyer le processus	régie	64,550		24,350		20,100	20,100	
<i>B 03</i>	<i>Resultat 3 : La prise en charge juridique des victimes de violences sexuelles est renforcée</i>				<i>33,500</i>	<i>1%</i>	<i>10,500</i>	<i>13,500</i>	<i>9,500</i>
B 03 01	Appuyer la mise en place d'un système de référence entre les services juridiques et policiers et le service de santé spécialisé	régie	19,500		6,500		6,500	6,500	
B 03 02	Assurer la formation des parties prenantes juridiques dans les zones d'intervention	régie	9,000		3,000		3,000	3,000	
B 03 03	Institutionnaliser une communication administrative et légale entre les services de santé et juridiques afin de disposer de dossiers légaux de qualité pour défendre les femmes VVS	régie	5,000		1,000		4,000	0	

C	Objectif spécifique: La prise en charge des victimes des violences sexuelles par le secteur de la santé est améliorée au travers d'une meilleure accessibilité et qualité des soins dans le cadre d'une approche multisectorielle dans la DPS du SUD UBANGI				477,200	16%	144,200	176,350	156,650
C 01	Résultat 1 : Les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des VVS				267,250	9%	89,850	93,700	83,700
C 01 01	Analyser 4 protocoles de prise en charge	régie	7,600		0		3,800	3,800	
C 01 02	Introduire le système d'une tarification forfaitaire	régie	130,500		43,500		43,500	43,500	
C 01 03	Assurer l'approvisionnement régulier des médicaments et intrants	régie	5,700		1,900		1,900	1,900	
C 01 04	Former les parties prenantes dans la prise en charge des VVS	régie	44,100		18,500		12,800	12,800	
C 01 05	Mettre en place l'accompagnement de la négociation	régie	4,800		1,600		1,600	1,600	
C 01 06	Aménager les infrastructures sanitaires	régie	10,000		0		10,000	0	
C 01 07	Appuyer le processus	régie	64,550		24,350		20,100	20,100	
C 02	Résultat 2 : Un système de prévention des VSBG est mise en place dans la communauté et dans les écoles secondaires				176,450	6%	43,850	69,150	63,450
C 02 01	Etablir le diagnostic initial dans la province	régie	8,800		8,800		0	0	
C 02 02	Produire et diffuser les outils de sensibilisation	régie	34,700		0		20,200	14,500	
C 02 03	Réaliser des campagnes de sensibilisation et d'information des populations	régie	68,400		10,700		28,850	28,850	
C 02 04	Appuyer le processus	régie	64,550		24,350		20,100	20,100	
C 03	Résultat 3 : La prise en charge juridique des victimes de violences sexuelles est renforcée				33,500	1%	10,500	13,500	9,500
C 03 01	Appuyer la mise en place d'un système de référence entre les services juridiques et policiers et le service de santé spécialisé	régie	19,500		6,500		6,500	6,500	
C 03 02	Assurer la formation des parties prenantes juridiques dans les zones d'intervention	régie	9,000		3,000		3,000	3,000	
C 03 03	Institutionnaliser une communication administrative et légale entre les services de santé et juridiques afin de disposer de dossiers légaux de qualité pour défendre les femmes VVS	régie	5,000		1,000		4,000	0	

X	Réserve budgétaire (max 5% * total activités)				46,413	2%	15,471	15,471	15,471
X 01	Réserve budgétaire				46,413	2%	15,471	15,471	15,471
X 01 02	Réserve budgétaire REGIE	regie		46,413		15,471	15,471	15,471	
Z	Moyens généraux				993,287	33%	351,553	320,867	320,867
Z 01	Frais de personnel				758,600	25%	252,867	252,867	252,867
Z 01 01	Assistant technique	régie		540,000		180,000	180,000	180,000	
Z 01 03	Equipe finance et administration	régie		179,000		59,667	59,667	59,667	
Z 01 05	Autres frais de personnel	régie		39,600		13,200	13,200	13,200	
Z 02	Investissements				50,687	2%	50,687	0	0
Z 02 01	Véhicules	régie		35,000		35,000	0	0	
Z 02 02	Equipement bureau	régie		3,500		3,500	0	0	
Z 02 03	Equipement IT et autres	régie		8,687		8,687	0	0	
Z 02 04	Aménagements	régie		3,500		3,500	0	0	
Z 03	Frais de fonctionnement				96,900	3%	32,300	32,300	32,300
Z 03 02	Services et frais de maintenance	régie		4,500		1,500	1,500	1,500	
Z 03 03	Frais de fonctionnement des véhicules	régie		28,800		9,600	9,600	9,600	
Z 03 04	Télécommunications	régie		9,000		3,000	3,000	3,000	
Z 03 05	Fournitures de bureau, petit matériel, consommables informatiques	régie		9,000		3,000	3,000	3,000	
Z 03 06	Missions	régie		18,000		6,000	6,000	6,000	
Z 03 09	Frais de SMCL	régie		15,000		5,000	5,000	5,000	
Z 03 11	Frais financiers	régie		12,600		4,200	4,200	4,200	
Z 04	Audit et Suivi et Evaluation				87,100	3%	15,700	35,700	35,700
Z 04 01	Frais de suivi et évaluation (partagé)	régie		40,000			20,000	20,000	
Z 04 02	Audit (partagé)	régie		17,100		5,700	5,700	5,700	
Z 04 03	Backstopping	régie		30,000		10,000	10,000	10,000	
TOTAL					3,000,000		1,032,124	1,037,088	930,788

5 MODALITÉS D'EXÉCUTION

5.1 Cadre Légal et Responsabilités

Le cadre légal du PLVS est fixé par :

- La Convention Générale signée entre la République Démocratique du Congo et le Royaume de Belgique en date du 27 mars 1990
- Le Programme Indicatif de Coopération (2014-2015) signé entre la République Démocratique du Congo et le Royaume de Belgique en date du 04 avril 2014
- La Convention Spécifique à signer entre la République Démocratique du Congo et le Royaume de Belgique à l'issue du processus de formulation du PLVS ci-après dénommées les Parties. Le présent Dossier Technique et Financier (DTF) fait partie intégrante de la Convention spécifique. En cas de contradiction entre le texte du DTF et celui de la Convention Spécifique, c'est cette dernière qui prévaut.

Conformément aux procédures de la coopération belgo-congolaise en vigueur en République Démocratique du Congo, le PLVS sera mis en œuvre en régie par la CTB, en concertation avec l'ensemble des partenaires concernés. La CTB est responsable pour l'application du système, avec une responsabilité nationale plus accrue dans la mise en œuvre opérationnelle.

5.2 Cycle de vie de l'intervention

La Convention Spécifique porte sur une durée de quarante-huit (48) mois, à compter de la date de signature de celle-ci.

L'exécution de l'intervention est prévue pour une période de trente-six (36) mois.

Le cycle de vie de l'intervention comprend trois phases principales : Préparation, Mise en Œuvre et Clôture administrative.

(Les guides de démarrage et de clôture des interventions constituent les documents de référence pour les phases de préparation, de démarrage et de clôture. Le manuel de gestion administrative de la CTB en République Démocratique du Congo constitue la référence pour la phase de mise en œuvre)

5.2.1 Préparation

La phase de préparation de l'intervention couvre la période comprise entre l'approbation technique du DTF par la Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL) d'une part et la notification à la CTB par l'Etat belge de la signature de la Convention de Mise en Œuvre (CMO) d'autre part.

Les actions-clés suivantes doivent être réalisées pendant la phase de préparation:

- Préparation des démarches règlementaires nécessaires
- Identifications des RH à mobiliser
- Mobilisation de la contrepartie nationale
- Lancement des recrutements des RH internationales et nationales
- Préparation d'éventuels marchés (CSC) nécessaires en vue de la Baseline
- Préparation d'autres marchés éventuels
- Ouverture du compte principal
- Préparation des achats (CSC) de matériel (dont véhicules)

Les dépenses qui peuvent être effectuées pendant cette phase, dite « avant CMO » peuvent uniquement être des dépenses liées au recrutement et à la logistique de l'intervention.

Frais de personnel	€
Frais de recrutement de personnel	5 000 €
Frais logistiques	
Achat véhicules	35 000 €
Achat matériel ICT	2 000 €
Total	42 000 €

5.2.2 Exécution

La phase d'exécution se divise en 3 sous-phases : démarrage effectif, mise en œuvre, clôture opérationnelle.

5.2.2.1 Démarrage effectif

La phase de démarrage proprement dite débute dès la notification de la Convention de Mise en Œuvre et se conclut par la validation par la SMCL des éléments du rapport de démarrage.

Au début de cette phase la direction de l'intervention prend fonction et la SMCL d'ouverture de l'intervention se tient.

Les actions-clés suivantes doivent être réalisées durant cette étape (certaines assurant la continuité avec des démarches entamées durant la phase de préparation):

- Finalisation des processus de recrutement de l'assistance technique internationale et nationale et installation des RH dans leur fonction;
- Ouverture des comptes de l'intervention et l'établissement des mandats du personnel de l'intervention;
- Réalisation des formations nécessaires;
- Poursuite de marché(s) éventuel(s) relatif(s) à l'établissement de la Baseline;
- Etablissement du manuel de gestion opérationnelle du PLVS sur base du présent DTF et en faisant référence au manuel de gestion administrative de la CTB applicable en République Démocratique du Congo;
- Actualisation du tableau des risques ;
- Planification opérationnelle et financière de l'intervention;

Une planification détaillée des activités et des produits attendus de cette phase de démarrage est reprise dans le Guide de démarrage des interventions de la CTB.

La SMCL valide les éléments suivants :

- Le manuel de gestion opérationnelle de l'intervention
- La première planification opérationnelle et financière
- Le plan de travail de la Baseline

Le PV de cette SMCL et les éléments qu'elle valide constituent le rapport de démarrage.

5.2.2.2 Mise en œuvre

La mise en œuvre opérationnelle de l'intervention démarre à l'approbation du rapport de démarrage par la SMCL et se termine lors de l'approbation par la SMCL du planning de clôture.

5.2.2.3 Clôture opérationnelle

La phase de clôture débute au plus tard 6 mois avant la fin de l'exécution de l'intervention selon les modalités décrites dans le Guide de clôture des interventions de la CTB.

Programmation de la clôture : trois mois avant la phase de clôture, une planification détaillée des activités et des produits attendus de cette phase sera élaborée par la Direction de l'intervention et soumise à l'approbation de la SMCL.

Rapport final : il sera rédigé et présenté pour approbation à la SMCL dans les trois mois à dater de la fin des activités opérationnelles. Ce rapport final sera accompagné des documents de clôture opérationnelle et financière. Une fois ce rapport approuvé, l'équipe d'intervention est déchargée.

Six mois avant la fin de la convention spécifique il n'est plus autorisé de procéder à des engagements sans l'accord préalable de la SMCL et uniquement sous condition que le paiement de l'engagement soit planifié avant la fin de la Convention Spécifique.

Au terme de la Convention Spécifique, les dépenses ne sont plus autorisées, sauf si elles sont liées à des engagements pris 6 mois avant la fin de ladite Convention et actés dans le P.V. de la SMCL de clôture.

Après la clôture financière du PLVS, les fonds non utilisés seront gérés selon les modalités prévues dans la Convention Spécifique.

5.2.3 Clôture Administrative

Le rapport final est mis à jour en fin de période de clôture opérationnelle et est envoyé par la CTB à la DGD pour demande de réception définitive. Une fois ce rapport approuvé par la DGD l'intervention est administrativement clôturée.

Après la clôture financière de l'intervention, les fonds non utilisés seront récupérés par l'Etat belge et ne pourront être transférés à d'autres interventions ou programme.

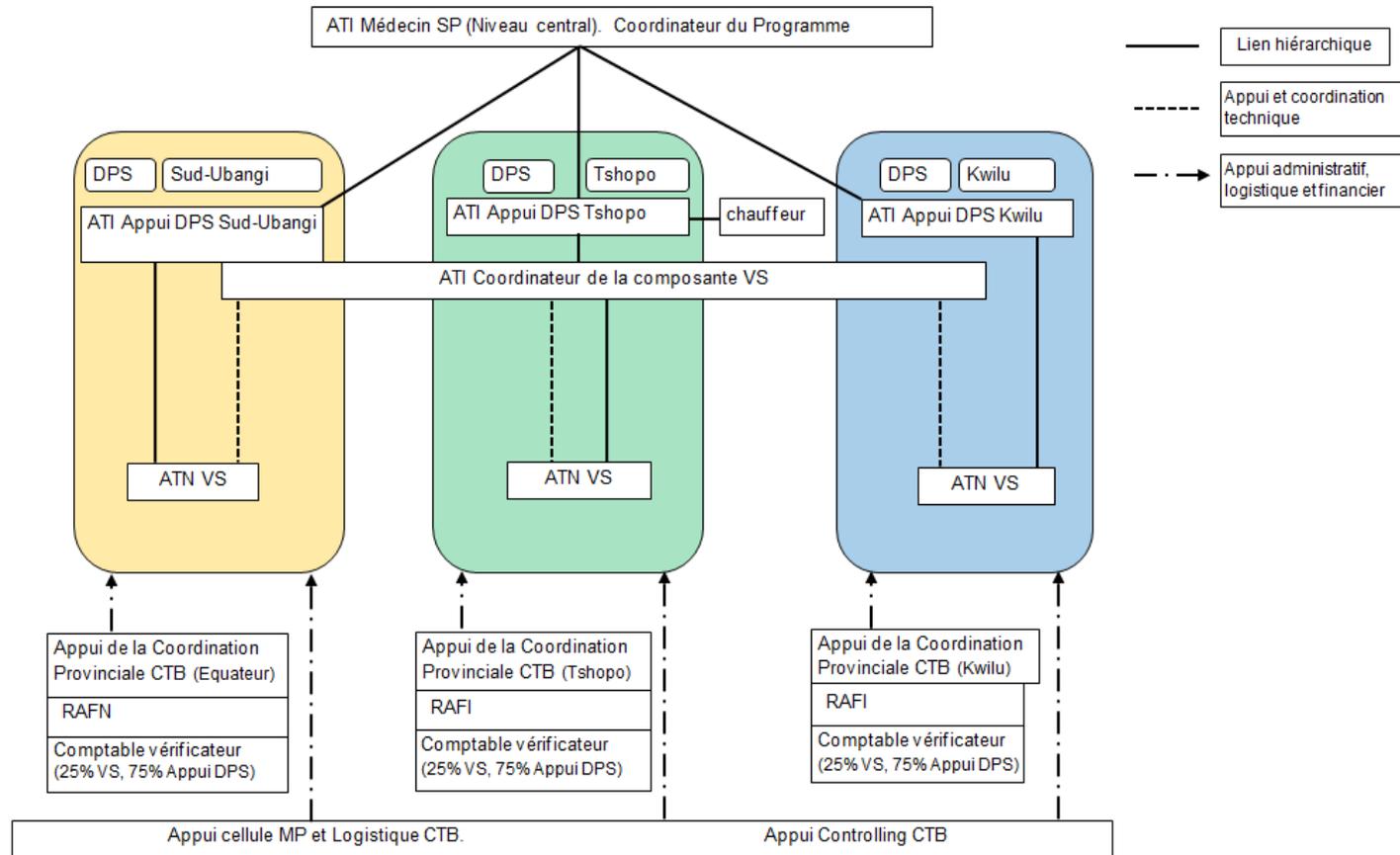
5.3 Cadre organisationnel pour le pilotage et la mise en œuvre

Le pilotage et la mise en œuvre de l'intervention seront assurés par deux organes de gestion :

La Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL) et l'Équipe Technique du PLVS.

L'Équipe Technique du PLVS sera étroitement associée, dans les DPS, à l'équipe du PADP.

5.3.1 Présentation générale (Organigramme Ancrage et équipe de intervention)



5.3.2 Structures de pilotage et de suivi

5.3.2.1 Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL)

Les parties congolaise et belge conviennent de créer une Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL). Celle-ci est en charge de la supervision et du pilotage stratégique de l'intervention.

Composition :

La composition et les modalités de fonctionnement de la SMCL doivent tenir compte :

- Des avancées du processus de Décentralisation en République Démocratique du Congo.
- De l'implication du niveau central (approche Programme).
- De la nécessité de piloter et de suivre la gestion d'un seul DTF, d'un seul budget mais de trois volets provinciaux.
- De l'articulation étroite entre le PLVS et le Programme PADP.
- De la nécessité d'un fonctionnement efficace et efficient.

Composition :

La SMCL du PLVS sera identique à celle de la composante PADP et est composée des membres suivants ou de leurs représentants:

- Le Gouverneur de la Province, le président ;
- Le Ministres Provincial de la Santé (MPS) ;
- Le Ministre Provincial en charge du Plan ;
- Le Représentant Résident de la CTB.

La SMCL invitera également en qualité d'expert, partie prenante et contributeur :

- Les Chefs de Division des DPS des provinces où intervient le Programme Santé ;
- L'ATI Coordinateur du Programme Santé ;
- L'ATI Coordinateur du PADP ;
- L'ATI Coordinateur du PLVS.

La SMCL peut inviter, toute autre personne qui apporte une contribution à l'intervention en qualité d'observateur ou d'expert.

Les invités seront pris en charge par la partie qui invite.

Les problèmes non résolus ainsi que les comptes rendus des travaux de la SMCL seront adressés au Comité des Partenaires (COMPAR) de la Coopération belgo-congolaise dans la semaine suivant chaque réunion.

Compétences et attributions :

Les compétences et attribution de la SMCL sont les suivantes :

- Superviser l'exécution des engagements pris par les parties;
- Approuver la programmation annuelle, opérationnelle et financière de l'intervention;
- Apprécier l'état d'avancement de l'intervention et l'atteinte de ses résultats sur la base des rapports de résultats ou des rapports de monitoring et en approuver les recommandations;
- Examiner les rapports d'audit et approuver les plans de mise en œuvre des actions qui sont élaborés en réponse aux recommandations du rapport;

- Examiner les rapports des revues à mi-parcours, approuver les recommandations qui y sont émises et approuver les plans de mise en œuvre des actions nécessaires;
- Valider des propositions d'Accords d'exécution, de Financement ou de Subvention non prévus dans le DTF;
- Approuver les ajustements ou les modifications éventuelles du dossier technique et financier, tout en respectant l'objectif spécifique, la durée et l'enveloppe budgétaire fixés par la Convention Spécifique et en veillant à la faisabilité de l'ensemble des actions;
- Initier à tout moment des missions de revue technique ou d'audit financier;
- Assurer que les ressources humaines mises à disposition de l'intervention soient gérées de manière optimale ;
- Résoudre tout problème de gestion relatif aux ressources financières ou matérielles, ou à l'interprétation du DTF;
- Procéder à la clôture de l'intervention, approuver le rapport final;
- Faire des recommandations pour la capitalisation et la pérennisation des acquis de l'intervention.

Modes de fonctionnement :

Le mode de fonctionnement de la SMCL est fixé comme suit :

- La SMCL établit son règlement d'ordre intérieur;
- La SMCL se réunit sur invitation de son Président ordinairement chaque semestre ou de façon extraordinaire à la demande d'un membre;
- La SMCL d'ouverture de l'intervention (SMCL 0) se réunit pour la première fois (au plus tard) dans les trois mois qui suivent la signature de la convention spécifique;
- La SMCL prend ses décisions selon la règle du consensus;
- Chaque réunion fait l'objet d'un procès-verbal signé par le Président et le Représentant Résident de la CTB. Une copie du PV signé est transmise à tous les autres participants par le président de la SMCL. Une copie du PV signé est également transmise à l'Ambassade belge par la CTB;
- La SMCL tient également une réunion au plus tard 3 mois avant la fin des activités de l'intervention afin d'examiner la proposition de rapport final et de préparer les formalités de clôture;
- Les réunions de la SMCL du PLVS seront coordonnées avec celles du programme d'appui au niveau central et du programme d'appui au niveau intermédiaire.
- Elles se tiendront successivement dans chacune des provinces concernées par le Programme Santé et à Kinshasa.
- L'Équipe Technique est responsable, sous la coordination du Coordinateur du Programme, de la préparation des réunions de la SMCL.

5.3.2.2 Structure de Supervision (SDS)

La SDS est l'instance mixte et paritaire mise en place au niveau national pour assurer la coordination général du programme de santé dans sa totalité.

Elle traite des choix stratégiques à prendre ou à faire entre le niveau central et le niveau DPS et entre les

DPS. Au niveau des DPS, cette structure décidera sur les transferts de fond entre DPS.

La composition de la SdS:

- Le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique ou son représentant.
- Le Représentant du Ministère du Plan.
- Le représentant du Ministère en charge de la Coopération Internationale.
- Le Représentant du Ministère de la Fonction Publique.
- Le Représentant Résident de la CTB ou son représentant.

La SdS invitera également en qualité d'expert/observateur, partie prenante et contributeur :

- Le coordonnateur du programme (ATI Santé Publique) ;
- Le directeur de la DEP
- Les représentants des trois DPS
- Les ATI de chaque province dans la composante provinciale
- L'ATI de la composante « Lutte contre la Violence Sexuelle »
- Toute autre personne sur invitation ayant une contribution utile

L'ATI Coordinateur du Programme assure le secrétariat de la SDS.

Compétences et attributions envers les composantes d' « appui au Divisions Provinciales de la Santé et aux Zones de Santé » et de « lutte contre la violence sexuelle »

La SdS assure la supervision macro (respect des normes nationales) du programme et ses composantes et la supervision de l'utilisation des moyens qui ne sont pas limités à une seule province. Ceci est réalisé par les activités suivantes :

- Superviser l'exécution des engagements pris par les parties au niveau nationale;
- Approuver la programmation annuelle financière consolidée du programme et en cas de besoin trancher sur les affectations à chaque province ;
- Apprécier l'état d'avancement du programme et l'atteinte de ses résultats sur la base du rapport de résultats consolidé et en approuver les recommandations qui dépasserait le niveau d'une province individuelle;
- Assurer que les ressources humaines mises à disposition du programme soient gérées de manière optimale ;
- Procéder à la clôture du programme : approuver le rapport final consolidée;
- Faire des recommandations pour la capitalisation et la pérennisation des acquis du programme au-delà des provinces appuyés.
- Assurer, par voie de médiation, le bon fonctionnement du programme;
- Arbitrer et régler les décisions ne faisant pas consensus au niveau provincial;
- Résoudre tout problème lié à l'interprétation du DTF ;
- Suivre et superviser les activités d'appui que le niveau national (PANC) donne aux programmes provinciaux ;

Modes de fonctionnement :

Le mode de fonctionnement de la SDS est fixé comme suit :

- La SDS établit son règlement d'ordre intérieur;
- Elle se réunit au moins une fois par an (dans la marge de la revue technique annuelle du programme) ou quand nécessaire à la demande d'un de ces membres ;
- se réunit pour la première fois au plus tard un mois après la signature de la convention spécifique ;
- prend ses décisions selon la règle du consensus ;
- tient également une réunion au plus tard 3 mois avant la fin des activités du programme afin d'examiner la proposition de rapport final consolidée et de préparer les formalités de clôture du programme au niveau national ;
- tient également une réunion avant la fin de la validité de la convention spécifique afin d'approuver le rapport final et d'assurer les formalités de clôture ;

Les problèmes non résolus au niveau de la SdS sont portés en Comité des Partenaires (COMPAR).

5.3.2.3 Autres structures de coordination (régionale, sectorielle, PTF...)

La coordination technique se réalisera en partie avec les DPS concernées et à travers les organes de coordination congolais. Elle passera également à travers des activités formelles d'échange entre les différentes composantes du Programme Santé (Niveau central, niveau intermédiaire et lutte contre la violence sexuelle).

5.3.3 L'Equipe Technique (ET)

L'Equipe Technique est l'instance de gestion quotidienne du PLVS qui assure la mise en œuvre des activités, dès l'approbation de la programmation par la SMCL.

Toutes les décisions administratives, techniques et financières seront prises au quotidien par cette équipe, en concertation étroite avec les partenaires congolais, et les questions stratégiques à porter à la SMCL seront formulées et préparées à ce niveau. Cette manière de travailler assurera la pleine transparence entre les partenaires.

L'EP, installée à Kinsangani au sein des bureaux de la DPS comprendra :

- **Un ATI de profil Psychologue Clinique ou Médecin Santé Publique**, directeur du PLVS et responsable des trois volets provinciaux.
- Trois ATN spécialisés dans la prise en charge des VVS, chacun dans une des DPS appuyées par le Programme santé.
- Trois comptables vérificateurs partagés au sein des Programmes Provinciaux de la CTB (25%) avec le programme d'appui au niveau intermédiaire (75%).

Des expertises techniques perlées, sous forme de consultance, pourront être définies au cours de l'exécution des activités pour des appuis ciblés

L'intervention s'appuiera également sur la cellule Marchés Publics et Logistique multisectorielle basée à Kinshasa pour les marchés importants et l'appui à la logistique. L'intervention bénéficiera également du support des équipes administrative, financière et logistique logées au sein des coordinations provinciales de la CTB.

- L'unité de Direction du Projet est responsable de :
- Assurer la bonne exécution des activités liées à la phase de démarrage.
- Assurer la bonne exécution opérationnelle du PLVS décrit dans le présent DTF en concertation avec les partenaires congolais.

- Gérer administrativement et financièrement le PLVS dans le respect des normes mises en place par la CTB et du DTF.
- Assurer le monitoring de l'intervention et la gestion des risques.
- Organiser, superviser et coordonner les activités de terrain dans le cadre des programmations périodiques.
- Sélectionner et signer les conventions et contrats avec les prestataires et autres acteurs locaux dans les limites de leur mandat et accompagner les différents prestataires dans la mise en œuvre des actions planifiées ;
- Consolider et soumettre à la SMCL la planification opérationnelle et financière annuelle et de l'adaptation de cette planification en fonction de l'évolution de l'intervention;
- Proposer éventuellement à la SMCL les actualisations ou modifications nécessaires à apporter aux activités, aux résultats ou au budget.
- Assurer le secrétariat de la SMCL.
- Résoudre tout problème de gestion des ressources humaines, évaluer la compétence et les prestations des différents personnels mis à disposition de l'intervention et prendre toutes mesures d'encouragement ou de correction nécessaire;
- Rédiger les rapports périodiques d'exécution et de suivi évaluation.
- Contribuer au travail de recherche et de capitalisation.
- Assurer la bonne exécution des activités liées à la phase de clôture.

Le partenaire congolais identifiera des points focaux nationaux spécifiquement chargés de mobiliser les partenaires et les bénéficiaires du PLVS au moment du démarrage de chaque activité, de s'assurer des collaborations nécessaires au sein de l'administration, et de la tenir informée.

Les modalités de collaboration avec les différents partenaires clés du secteur seront définies dans des Accords d'Exécution, des Accords de Financement et/ou de Subventions.

5.4 Gestion Opérationnelle

Les modalités pratiques de gestion opérationnelle de l'intervention seront explicitées et détaillées dans un Manuel de gestion administrative spécifique au projet.

5.4.1 Planification opérationnelle

Dans la logique d'une gestion opérationnelle conjointe, chaque année une planification opérationnelle et financière pour l'année suivante est préparée par le Directeur Technique consolidée au niveau du Coordinateur du projet et validée par la SMCL.

Cette planification annuelle comprend les quatre éléments suivants :

- La planification des activités;
- La planification des Marchés publics ;
- La planification des Accords d'Exécution et de Financement ou de Subvention;
- La planification financière

Elle se fera selon les procédures et modèles fournies par la CTB. La planification opérationnelle suivra le format du cadre logique et servira de base pour la programmation financière.

5.4.2 Gestion des ressources humaines

Responsabilités :

L'Assistant Technique International financé par la contribution belge sera recruté et engagé par la CTB. L'ATI sera soumis à l'agrément préalable du partenaire.

Ouverture des postes et recrutement:

La cellule RH de la Représentation appuiera le PLVS dans le recrutement du personnel national.

Tout poste est ouvert aux femmes et aux hommes et les femmes seront encouragées à postuler.

Pour les recrutements internationaux, l'avis de recrutement tiendra compte des termes de référence (TdR) et du profil de compétences qui constitue l'architecture de fonction. (Voir annexes)

Législation qui régit les contrats de travail:

Les contrats du personnel international recruté à Bruxelles par la CTB sont régis par la législation belge.

Les contrats du personnel recruté en République Démocratique du Congo sont régis par la législation de la République Démocratique du Congo.

Les contrats de consultance ou d'expertise perlée (marchés de services) liés à un appel d'offre (sauf pour les contrats-cadre CTB) sont régis par le cadre juridique du 'Fonds Européen de Développement' en application de l'article 3§1, 1° de la Loi du 24 décembre 1993 relative aux marchés publics

Prolongation de contrat:

Toute prolongation de contrat du Responsable et autre personnel international devra obtenir l'agrément de la SMCL. Les autres prolongations de contrat devront obtenir l'accord de l'institution signataire du contrat.

Missions:

Les missions des membres de l'EP sont approuvées par l'ATI coordinateur du PLVS.

Les missions des agents de l'Etat sont financées par l'intervention sur base d'un ordre de mission émanant de leur Ministère et d'une lettre de couverture de mission établie par la CTB.

Les missions à l'étranger sont proposées par le Coordinateur du projet avec validation par le Représentant Résident de la CTB.

Les modalités pour l'établissement des ordres et rapports de missions ainsi que les taux et procédures applicables en matière de per diem et de frais de missions seront ceux indiqués dans le manuel de gestion administrative applicable aux interventions de la Coopération belge en République Démocratique du Congo.

5.4.3 Mandats

La CTB est responsable pour l'engagement et le paiement des dépenses selon sa structure de mandat.

5.4.4 Gestion financière

5.4.4.1 Comptes bancaires

Dès la signature de la Convention Spécifique, un compte en EUR avec libellé 'Contribution Belge _ PLVS' doit être ouvert. D'autres comptes (comptes opérationnels) peuvent être ouverts en cas de besoin. Pour tous les comptes bancaires, le principe de double signature est d'application selon les mandats.

5.4.4.2 Transferts de fonds

Dès la notification de la Convention de Mise en Œuvre entre l'état belge et la CTB et après l'ouverture du compte, un premier transfert sera fait par la CTB sur ce compte. Afin de recevoir les transferts suivants, l'intervention doit introduire un appel de fonds selon les procédures de la CTB.

Le montant de l'appel de fonds correspond aux besoins estimés en trésorerie pour le trimestre suivant. Le transfert de fonds effectué par la CTB se fait au début du trimestre et éventuellement en plusieurs tranches. En cas d'urgence, l'intervention peut introduire un appel de fonds anticipé, en en justifiant le besoin.

Le transfert de fonds se fait uniquement aux conditions suivantes:

- La comptabilité du trimestre précédant l'introduction de l'appel doit être transmise à la CTB.
- Tous les rapports exigés doivent être transmis à la CTB.
- Le plan d'actions et le suivi d'audit et/ou MTR doivent être mis à jour.

Les règles de gestion de la trésorerie de la CTB (transferts vers comptes opérationnels, gestion des caisses, ...) sont d'application.

5.4.4.3 Dépassements budgétaires et changements budgétaires

Le budget de l'intervention donne les contraintes budgétaires dans lesquelles l'intervention doit être exécutée.

Le montant total du budget de l'intervention tels que définis dans ce document et dans la convention spécifique ne peuvent être modifiés que moyennant un échange de lettres entre les signataires de la convention spécifique (cf. point 55 « adaptation du DTF » ci-après).

Des dépassements au niveau du budget total ou du budget total des moyens généraux ne sont pas autorisés sauf accord de la SMCL sur la base d'une proposition de changement budgétaire élaborée par l'Unité de Direction du Projet selon les procédures de la CTB. Une proposition de changement budgétaire est également nécessaire dans les cas suivants :

- au niveau d'un résultat ou d'une rubrique des moyens généraux (Z-01, Z-02, etc.), lorsque le montant du dépassement est supérieur à 10% du dernier budget approuvé pour ce résultat ou cette rubrique.
- au niveau d'une ligne budgétaire, lorsque le montant du dépassement est supérieur à 20% du montant du dernier budget approuvé sur cette ligne et est strictement supérieur à 50.000€.

Pour ces changements budgétaires un accord de la SMCL est requis.

Au niveau du budget annuel du budget de la Partie belge, Il n'y a pas de contraintes, excepté pour les moyens généraux où le budget annuel ne peut pas être dépassé de plus de 5%.

La réserve budgétaire peut uniquement être utilisée après accord préalable de la SMCL. La réserve budgétaire sera allouée prioritairement à la prise en charge des victimes et l'amélioration de la qualité des soins.

L'intervention doit assurer un bon contrôle et un suivi budgétaire régulier des engagements afin d'anticiper la gestion des éventuels changements budgétaires nécessaires.

5.4.4.4 Comptabilité et justification de dépenses

Mensuellement, la comptabilité doit être élaborée et approuvée selon les procédures de la CTB. L'outil à utiliser est l'outil fourni par la CTB. La comptabilité doit être signée pour accord par la Direction de l'intervention, et approuvée par le Responsable Administratif et Financier partagé avec le programme

« Appui au niveau Intermédiaire ». La comptabilité à envoyer à la CTB comprend un fichier électronique et si exigé, les pièces justificatives ainsi que les extraits bancaires et états de caisse. Les documents comptables doivent être à jour, précis et fiables et être conformes aux normes et règles comptables en vigueur.

Une dépense éligible est une dépense :

- identifiable, attestée par des pièces justificatives probantes, comptabilisée conformément aux standards en vigueur;
- en lien avec les activités et les critères définis dans le DTF et nécessaire pour l'atteinte des résultats ;
- prévue dans le budget et imputée sur la ligne budgétaire adéquate ;
- répondant aux principes de bonne gestion financière.

5.4.4.5 Gestion des biens et des stocks

Chaque bien et équipement acquis par l'intervention doit recevoir un numéro d'inventaire et doit être consigné dans un registre d'inventaire. Chaque semestre, un inventaire formel doit être réalisé et signé par la direction de l'intervention. L'utilisation du bien est strictement limitée aux activités de l'intervention. En cours de l'intervention, il peut être transféré sous tutelle et patrimoine d'une structure partenaire sur base d'un acte de transfert formel et suivant les procédures de la CTB.

Un suivi exhaustif des stocks doit être réalisé afin d'assurer que tous les mouvements sont autorisés, suivis sur des supports adéquats et régulièrement contrôlés. La direction de l'intervention doit assurer un contrôle formel mensuel des stocks.

A la fin de l'intervention, l'affectation du matériel, des équipements et des stocks divers sera définie dans le PV de la SMCL de clôture.

5.4.5 Gestion des Marchés Publics

Avant chaque année, la Direction du Projet doit élaborer un planning des marchés publics pour l'année suivante. Ce planning fait partie du plan annuel du Projet. Trimestriellement, la Direction du Projet doit mettre à jour le planning, qui fera partie du rapportage opérationnel.

Pour tous les marchés, le Projet respectera la législation en vigueur ainsi que les règles internes définies par la CTB.

Pour les marchés publics de moins de 25.000 EUR (sauf marchés complexes), le Projet est responsable pour gérer les marchés publics. La cellule des marchés publics peut appuyer le Projet. Pour les marchés publics de plus de 25.000 EUR, ainsi que pour les marchés complexes, la cellule des marchés publics appuiera l'élaboration ou le contrôle de la partie administrative du cahier de charges et la gestion administrative des marchés (publication, sélection, attribution, avenants,...). Le Projet reste responsable de l'élaboration de la partie technique du cahier des charges. Pour les marchés de plus de 200.000 EUR, un avis de non-objection de la CTB Bruxelles doit être reçu avant de pouvoir lancer le marché. Pour le reste, les prescriptions prévues pour les marchés de plus de 25.000 euros s'appliquent.

S'agissant d'un Projet exécuté en régie par la CTB, les marchés de travaux et de services seront régis par le cadre juridique du 'Fonds Européen de Développement' en application de l'article 17 §1, 1° de la Loi du 15 juin 2006 relative aux marchés publics :

- L'Accord de partenariat ACP-CE signé à Cotonou le 23 juin 2000, tel que modifié par l'Accord modifiant l'Accord de partenariat ACP-CE signé à Luxembourg le 25/06/2005 et à Ouagadougou le 22 juin 2010, et son annexe IV;

- La décision 2001/822/CE du Conseil du 27 novembre 2001 relative à l'association des pays et territoires d'outre-mer à la Communauté européenne (« décision d'association outre-mer »), telle que modifiée par la décision 2007/249/CE du Conseil du 19 mars 2007;
- l'annexe V de la Décision n° 3/90 du Conseil des ministres ACP-CEE du 29 mars 1990 contenant le règlement de procédure de conciliation et d'arbitrage;
- Le Règlement (CE) du Conseil n°. 215/2008 du 18 février 2008 portant règlement financier applicable au 10ème Fonds européen de développement;
- Le Règlement (UE) n° 2015/323 du Conseil du 2 mars 2015 portant règlement financier applicable au 11e Fonds européen de développement.
- Le guide pratique ('PRAG') et les documents types et modèles présentés dans les annexes, tels que d'application au moment du lancement du marché public en question.

Le rôle et les tâches des organes et instances européens auxquels font référence les textes juridiques du Fonds Européen de Développement (FED), seront assumés par les organes et instances de la CTB sur règles et processus internes et mandats applicables au sein de la CTB.

La réglementation belge relative aux marchés publics est d'application pour les marchés de fournitures.

Pour les marchés mixtes, la réglementation qui doit être appliquée sera déterminée par le type de marché dont le montant estimé est le plus élevé.

5.4.6 Conventions de subventions

Des accords d'exécution, de financement et/ou de subvention pourront être établis avec des partenaires.

Le principe de base est qu'un contrat doit toujours être attribué après un appel à concurrence via une procédure de Marchés Publics en vertu de la loi du 15 juin 2006.

Les Accords de Subventions pour la mise en œuvre d'activités ou la mise en œuvre d'objectifs seront établis et exécutés conformément aux conditions générales de la CTB relatives à ces accords.

Les accords de subventions non prévus dans le DTF seront soumis à l'approbation de la SMCL. L'université de Kisangani est déjà identifiée comme un partenaire qui sera considéré comme possible bénéficiaire d'un accord de subvention.

5.4.7 Monitoring et Evaluations

5.4.7.1 Le système de Monitoring et Evaluation (M&E)

Le système de Monitoring et Évaluation (M&E) soutient les besoins de redevabilité, d'apprentissage continu et de pilotage stratégique. Le système M&E sera basé sur le guide CTB « More Results » et sur la note CTB sur le « Backstopping, monitoring et évaluations ».

Les différents éléments du système de Monitoring et Evaluation sont les suivants :

	Responsabilité	Système	Fréquence	Utilisateurs
Baseline	ET	CTB	Unique	Projet, SMCL, MSP, CTB Rep
Monitoring opérationnel	ET	CTB	Trimestriel	Projet, MSP, CTB Rep ainsi qu'à la SMCL
Monitoring des résultats	ET/ CTB EST Bxl	CTB	Annuel	Projet, MSP, CTB Rep, SMCL, Ambassade belge
Revue à Mi-parcours	CTB Bxl : Conseiller OPS/Externes	CTB	Unique	Projet, CTB, SMCL, MSP, DGD
Revue Finale	CTB Bxl : Conseiller OPS/Externes	CTB	Unique	Projet, CTB, SMCL, MSP, DGD
Monitoring final	ET	CTB	Unique	Projet, CTB Rep, SMCL, MSP, DGD

Tous ces processus seront élaborés et mise en œuvre en étroite collaboration avec le partenaire congolais. Ils seront organisés au niveau du Programme Santé, avec l'ensemble des 3 composantes.

5.4.7.2 Baseline

Dès le démarrage du Projet, l'ET décidera, en concertation avec le partenaire congolais, quels éléments feront partie d'une « étude de base (Baseline) » et quels éléments feront partie du « Rolling Baseline ». Ceci permettra de préciser la situation de référence des différents indicateurs de l'intervention et établir le cadre de monitoring. Le cadre du monitoring de l'intervention sera aligné sur des systèmes/méthodologies existants (si possible). Eu égard à la nature d'appui au développement institutionnel du Projet pour lequel les acquis et contributions sont plus difficilement mesurables, la méthode de monitoring pourra être adaptée. A cet effet, une démarche de recherche-action avec un '(Rolling) Baseline' spécifique sera mise en place. Dans ce cadre sont prévus des backstoppings techniques 2x/an et des missions d'appui scientifique.

La Baseline permettra de préciser la méthode suivie et de mettre en place un cadre de monitoring du Projet. Elle contiendra les éléments suivants :

- Matrice de monitoring;
- Plan de gestion des risques;
- Planning opérationnel mis à jour

Le rapport Baseline est établi selon le calendrier défini dans la phase de démarrage au maximum 9 mois après le SMCL d'ouverture (SMCL0). Il est présenté à la SMCL, qui en prend acte et approuve la façon dont l'intervention effectuera le monitoring de ses résultats.

5.4.7.3 Monitoring opérationnel trimestriel (MonOp)

Chaque année une planification opérationnelle et financière pour l'année suivante est préparée par la direction de l'intervention et validée par la SMCL.

Le monitoring opérationnel est un processus continu basé sur cette planification et consolidé chaque trimestre.

Le Monitoring trimestriel comprendra:

- La planification des activités et sa mise à jour ;
- La planification financière et sa mise à jour ;
- La planification des MP et des accords d'exécution et de financement;
- L'état d'exécution des activités et dépenses prévues au trimestre précédent ;
- Le suivi de la gestion des risques ;
- Le suivi de la gestion des ressources humaines de l'intervention
- Le suivi des décisions de la SMCL.

Elles se feront selon les procédures et modèles fournies par la CTB.

5.4.7.4 Monitoring des résultats (annuel)

Le Monitoring de résultats traite la partie « stratégique » du cadre de résultats sur base annuelle : output – outcome et, dans une moindre mesure, le niveau de l'impact.

Le rapport de résultats constitue une base essentielle pour le suivi de l'intervention et de ses éventuels ajustements (tant au niveau du budget qu'au niveau des activités, du chronogramme, des indicateurs, etc.). Ce rapport est préparé par l'Unité de Direction du Projet (UDP). La SMCL en valide ou rejette les recommandations (pilotage stratégique).

Ce rapport, à la fois opérationnel et financier, est établi conformément aux canevas de la CTB et comprend :

- L'examen de l'exécution correcte de la Convention Spécifique ;
- La recherche des causes des éventuels dysfonctionnements et des éventuels éléments nouveaux qui justifieraient la révision de la Convention Spécifique ;
- L'examen de la prestation de coopération au regard de son efficacité, de son efficacité et de sa durabilité ;
- L'examen de la prestation de coopération au regard des indicateurs repris au DTF et notamment, sur la base des suppositions du cadre logique, l'examen de l'évolution du risque au regard de ces mêmes indicateurs.

Ce rapport annuel, après validation par la SMCL, est remis au plus tard le 31 mars de l'année qui suit celle sur laquelle il porte, à l'Etat partenaire via l'Ambassade belge en RDC et à l'Etat belge, via la DGD à Bruxelles. Il doit donc être présenté au Coordinateur du Programme le 15 février au plus tard.

5.4.7.5 Monitoring final (Rapport final)

Le monitoring final garantit la transmission à l'organisation partenaire et à la CTB ainsi qu'aux autres membres de la SMCL, des éléments clés de la performance de l'intervention et doit veiller à ce que les leçons apprises soient enregistrées dans leur « mémoire institutionnelle ». En outre, le rapport final déclenche la clôture administrative de l'intervention par l'Etat Belge.

Le rapport final comprend :

- Un résumé de la mise en œuvre et une synthèse opérationnelle de la prestation de coopération ;
- Une présentation du contexte et une description de la prestation de coopération suivant le cadre logique ;
- Une appréciation des critères de base d'évaluation de la prestation : pertinence, efficacité, durabilité et impact ;
- Une appréciation des critères d'harmonisation et d'alignement : harmonisation, alignement, gestion orientée vers les résultats, responsabilité mutuelle, appropriation ;
- Les résultats du suivi de la prestation de coopération et des éventuels audits ou contrôles, ainsi que le suivi des recommandations émises ;
- Les conclusions et les leçons à tirer.

Le rapport final doit être achevé au plus tard 1 mois avant la SMCL de clôture.

Après approbation par la SMCL, le rapport final est transmis à l'Ambassade belge.

Le rapport final sera remis au plus tard 6 mois après l'échéance de la Convention Spécifique à l'Etat partenaire via l'Ambassade belge en RDC et à l'Etat belge, via la DGD à Bruxelles.

5.4.7.6 Backstopping sectoriel technique

Le 'Backstopping sectoriel' semestriel fait partie du processus de renforcement du programme à travers un coaching par les experts techniques du Siège de la CTB, de la Représentation ou des experts externes.

L'objectif d'un backstopping est de renforcer le processus de réflexion commune et continue, avec comme point de départ les besoins au niveau local et/ou sectoriel, avec la perspective d'apprendre, de promouvoir le changement comportemental, l'augmentation de la qualité et la mise à l'échelle.

Le Backstopping est un appui technique / scientifique pour accompagner l'équipe d'implémentation du programme. Le processus de backstopping est caractérisé par un nombre de missions de suivi sur la durée du programme, avec en alternance un appui à distance. Il s'agit d'un processus d'appui continu.

Une réflexion commune sur les leçons apprises, les outputs, les impacts et les outcome de la nouvelle approche fera entre autre partie des missions de backstopping.

A part le backstopping sectoriel, des appuis techniques de la Représentation et d'autres départements de la CTB, seront organisés en fonction des besoins pour mieux gérer le programme.

5.4.7.7 Revues (Evaluations), contrôle interne et Audits

Revues :

La fonction principale des exercices de revue à Mi-Parcours et Finale est de fournir un point de vue extérieur sur le contexte et la performance du programme ainsi que d'analyser en profondeur le processus de développement en cours ou terminé. A cette fin, une approche « d'évaluation réaliste » pourra être utilisée (à définir lors de l'établissement du système de suivi/évaluation). Les revues sont ainsi utilisées pour :

- i) Renforcer l'apprentissage et la compréhension du contexte
- ii) analyser s'il est nécessaire de réorienter les interventions afin d'atteindre l'objectif spécifique,
- iii) fournir les informations nécessaires à la prise de décisions stratégiques et
- iv) identifier les enseignements tirés et y réfléchir.

Étant réalisées par un acteur externe indépendant, les revues jouent un rôle important dans la redevabilité sur la performance de l'intervention. Les revues sont pilotées par la Direction des Opérations de la CTB selon les processus en vigueur. Les Revues doivent être présentées en SMCL afin de juger et déterminer quelles recommandations sont retenues, qui est responsable et qui va les suivre (ces

décisions sont intégralement reprises dans le PV de la SMCL).

En outre, les deux gouvernements pourront chacun, le cas échéant, procéder à une évaluation externe de l'atteinte des objectifs et des différents aspects de l'exécution de l'intervention.

Contrôle interne :

Le contrôle interne est un processus intégré mis en œuvre par les responsables et le personnel d'une organisation et destiné à traiter les risques et à fournir une assurance raisonnable quant à la réalisation, dans le cadre de la mission de l'organisation, des objectifs généraux suivants :

- exécution des opérations ordonnées, éthiques, économiques, efficaces et efficaces ;
- respect des obligations de rendre des comptes ;
- conformité aux lois et réglementations en vigueur ;
- protection des ressources contre les pertes, les mauvais usages et les dommages.

La CTB peut initier à tout moment une mission de contrôle interne sur la gestion et l'avancement du Projet. Elle en précise les objectifs et en informe l'Unité de Direction du Programme.

Suite à une mission d'évaluation ou de contrôle, l'UDP élabore un plan d'action avec l'appui du Controlling. Le Projet rapporte à la SMCL sur l'état des lieux de la mise en œuvre de ce plan d'action. Le Controlling appuiera le programme dans la réalisation des actions.

Audits :

L'intervention doit être audité au minimum une fois sur la durée de mise en œuvre des activités (par prudence, un montant pour le financement de deux audits sera prévu dans le budget de l'intervention).

L'audit portera sur :

- la vérification que les comptes de l'intervention reflètent bien la réalité ;
- la maturité du système de contrôle interne et le respect des procédures ;
- la vérification de l'utilisation économique, efficiente et efficace des moyens de l'intervention.

La SMCL peut demander des audits supplémentaires s'ils les jugent nécessaires. La SMCL charge la CTB de l'élaboration des termes de référence et de la sélection de la firme d'audit. La firme d'audit doit être une firme certifiée (selon les standards internationaux) indépendante. Le rapport d'audit sera communiqué par la CTB à la SMCL. La direction de intervention doit élaborer un plan d'actions afin d'améliorer le système de contrôle interne et prouver que des mesures correctives ont été entreprises et appliquées.

De plus, chaque année, les comptes de la CTB sont audités par un collège de commissaires. Dans ce cadre, les commissaires réalisent également des audits des interventions mises en œuvre par la CTB. Le comité d'audit de la CTB peut aussi demander qu'une intervention soit audité par l'auditeur interne de la CTB.

5.5 Adaptation du DTF

Pour toutes adaptations relatives à l'objectif spécifique de l'intervention, la durée de la Convention Spécifique, du budget total définis dans la Convention Spécifique, une demande motivée doit être introduite par le partenaire auprès de l'Etat belge après avoir reçu l'accord du SMCL. Si la Belgique accepte la demande, on procède à un échange de lettres signées par les deux parties

Pour toute autre adaptation du DTF, la partie congolaise et la partie belge peuvent en cours d'intervention adapter le présent Dossier Technique et Financier, en fonction de l'évolution du contexte et du déroulement de l'intervention.

Pour les aspects ci-dessous, l'approbation préalable de la SMCL est requise:

- Aux formes de mise à disposition de la contribution de la Partie belge et de la Partie partenaire;
- Aux résultats, y compris leurs budgets respectifs ;
- Aux propositions de changement budgétaires ;
- Aux compétences, attributions, composition et mode de fonctionnement de la structure mixte de concertation locale ;
- Au mécanisme d’approbation des adaptations du DTF ;
- Aux indicateurs de résultats et d’objectif spécifique ;
- Aux modalités financières de mise en œuvre de la contribution des parties ;

La CTB informe l'Ambassade belge si de telles modifications sont apportées.

En dehors des SMCL, des décisions ad-hoc pour le bon déroulement du Projet peuvent être prises par les partenaires, via une procédure écrite (lettre tournante aux membres de la SMCL). Ces décisions sont effectives dès signature par le Président de la SMCL pour la partie Congolaise et le représentant de la CTB pour la partie belge.

6 THÈMES TRANSVERSAUX

6.1 Une approche basée sur les droits humains

En RDC le droit à la santé est formellement ancré dans la Constitution de 2006 (Art. 47), qui en plus réaffirme de façon spécifique le droit à la santé de la jeunesse (Art. 43) ainsi que l'engagement de l'État dans la lutte contre la violence sexuelle (Art. 15). La réalisation du droit à la santé - internationalement reconnu comme un des droits sociaux, économiques et culturels – doit se faire de façon progressive à fur et à mesure de la disponibilité des ressources. Par définition l'État joue un rôle-clé comme responsable principale pour la réalisation du droit à la santé et a l'obligation de prendre les mesures nécessaires afin d'assurer sa réalisation progressive qui se situe sur plusieurs niveaux. Il s'agit notamment de l'amélioration de la **disponibilité** des services de soins de santé, de leur **accessibilité géographique et financière** et de leur **acceptabilité sociale et culturelle** ainsi que de l'assurance de la **qualité des soins**. Une approche basée sur les droits implique également qu'on garde un focus spécifique sur les droits et les besoins des populations les plus vulnérables, à base des principes de non-discrimination et d'égalité, ainsi que sur la participation communautaire et le renforcement de la redevabilité des différents acteurs concernés.

Les trois composantes du programme santé s'inscrivent pleinement dans cette approche basée sur les droits humains et n'envisage pas seulement le renforcement du rôle du MSP au niveau central dans le développement du cadre normatif et régulateur nécessaire mais met aussi un accent spécifique sur l'amélioration de l'accessibilité des soins de qualité au niveau opérationnelle. Ceci se fera au travers de plusieurs initiative comme, par exemple :

- une rationalisation et optimalisation de l'utilisation des ressources disponibles ;
- un appui au développement d'un système de financement de la santé afin de faciliter l'accès de la population aux soins ;
- un appui au développement d'un système d'approvisionnement de médicaments et d'équipements de qualité assurée ;
- un appui aux Centres de Santé (première niveau) et aux Hôpitaux Généraux de Références (2^{ième} niveau) qui envisage la fourniture du Paquet Minimum d'Activités (CS) ainsi que le Paquet Complémentaire d'Activités (HGR) ;
- l'appui au développement des protocoles de prise en charge appropriées aux contextes socio-culturels et socio-économiques des régions d'intervention ;
- une attention spécifique pour les droits et les besoins des victimes de violence sexuelle.

La participation communautaire est assurée à plusieurs niveaux en collaborant avec les différentes structures communautaires établies par les systèmes de santé (les Réseaux Communautaires et les Comités d' Action Communautaire) et la promotion de la participation communautaire active dans différentes structures de concertation, dans les enquêtes de satisfaction ainsi que dans la sensibilisation et la prévention de la violence sexuelle.

6.2 Environnement

Le PLVS s'aligne avec les dispositions prises par le programme d'appui au niveau intermédiaire dans le domaine de la protection de l'environnement. La rationalisation de l'utilisation des ressources disponibles est un des fils conducteurs proposés dans le présent projet, dans le cadre des différents appuis visant une planification et une organisation des soins plus efficaces. Cette approche comportera de nombreux aspects directement liés à une prise en compte de plus en plus forte de la préservation et de la gestion durable de l'environnement.

Le présent projet prévoit des actions concrètes sur les aspects suivants :

- **Écoconstruction** : prise en compte stricte des critères écologiques de qualité (normes et modalités de construction, alimentation électrique, ventilation, récupération d'eau, tri et traitement des déchets, etc.) pour les bâtiments et les équipements réhabilités, construits ou acquis dans le cadre du PLVS. Ceci sera considéré dans le développement des différents plans et schéma directeurs pour les HGR.
- **Critères écologiques** : prise en compte de critères écologiques pour les achats dans le cadre du PLVS, comme la consommation énergétique (véhicules, groupes électrogènes, unités frigorifiques...), la provenance (privilégier les matériaux locaux), les possibilités de recyclages ou de traitement en fin de vie, etc...
- **Mobilité** : organisation la plus rationnelle possible des différentes missions et ateliers en diminuant/rationalisant les déplacements (notamment ceux par voie aérienne) et en utilisant au maximum les systèmes de « téléconférence » pour les communications, le rapportage et la documentation.
- **Prévention & précaution** : mise en œuvre d'instructions pour les précautions universelles dans les centres de santé et les hôpitaux (dans le cadre de la politique de santé au travail et de lutte contre le sida) incluant les risques environnementaux.

6.3 Genre, droits sexuels et reproductifs, droits de l'enfant

Le PLVS s'inscrit pleinement dans la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Lutte contre les Violences Basées sur le Genre (SNLVBG, 2009) et des Lois n°06/018 et n°06/019 de 2006 portant sur la violence sexuelle. La lutte contre la VS est aussi une priorité dans le Plan Stratégique National 2014-2017 de lutte contre le VIH/sida et contribue également à la mise en œuvre de la Loi n°08/011 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA et les personnes affectées. La problématique de la VS est abordée dans le contexte plus vaste des violences basées sur le genre et des droits de l'enfant, et plus particulièrement – mais pas exclusivement - des droits de la jeune fille²⁹.

Dans la mesure du possible, le PLVS tiendra aussi compte des éléments suivants dans le domaine du Genre :

1. Former toute l'équipe du projet en matière du 'genre' au démarrage, y compris une formation en gender budgeting;
2. Procéder à un Gender Budget Scan lors de l'étude baseline;
3. Intégrer la désagrégation entre les sexes et les ages dans toutes les statistiques, la collecte des données et les analyses, y compris au niveau des indicateurs de l'étude de référence ;
4. Elaborer un Plan d'action genre pour le PLVS lors du démarrage;
5. Renforcer (suivant les besoins) les capacités, notamment en planification, budgétisation et suivi-évaluation axé sur le genre (formation, créer des groupes de discussion et favoriser le réseautage entre les femmes) ;
6. Intégrer les questions sexospécifiques dans tous les TDR pour des formations, consultations, études, analyses,... ;

Gender-budgetting³⁰.

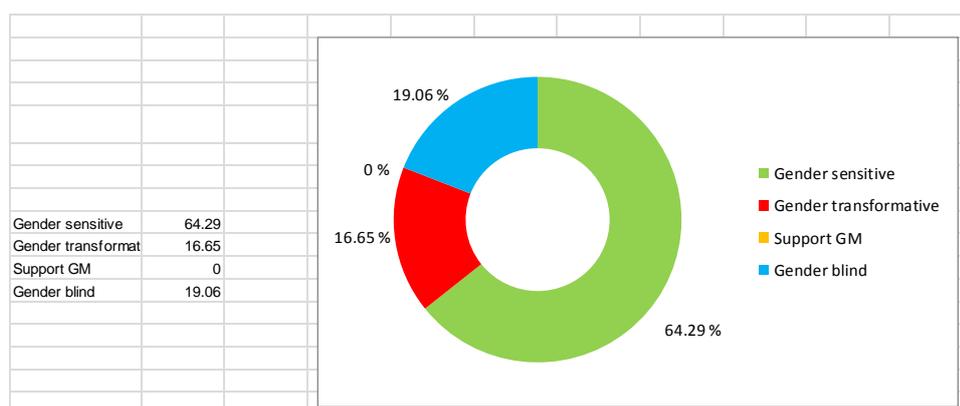
²⁹ Pendant la formulation de ce programme, on a constaté que les VS ne touchent pas seulement aux jeunes filles et aux femmes, mais aussi aux garçons, aux bébés et aux petits enfants.

³⁰Exercice fait par cellule Genre - BTC

Le but de cet exercice est une estimation (ex-ante) des dépenses planifiées en fonction de leur impact sur les groupes-cibles femmes et hommes. Il permet un suivi et nunc lors de la mise en œuvre et une évaluation ex-post lors de l'évaluation finale de l'adéquation des dotations budgétaires avec la mise en œuvre des engagements pris et considérés comme effectivement liée au genre. Un scan/analyse du budget actuel est présenté ci-dessous selon un code couleur qui permet d'estimer le taux de sensibilisation au Genre du budget en cours.

- Vert : Action Genre sensible, cela veut dire qu'on tient compte des différences entre les femmes et les hommes. Par exemple pour la formation, on veille à ce que les femmes et les hommes soient invités et sont formateurs. Les activités se font sans préjudices. Le recrutement se fait de manière genre sensible : les hommes et les femmes sont demandés de solliciter, le processus de sélection se fait sans préjudices et le recrutement se fait correctement en respectant toute législation en matière d'emploi. Les études se font sur base des données différenciées et en tenant compte des besoins des femmes et des hommes.
- Rouge : Action transformative femmes ou hommes, des actions de rattrapage (des quotas pour la représentativité dans les comités de pilotage, formation pour les directeur sur l'aspect genre), ou des actions qui sont uniquement destinés aux femmes ou aux hommes (contrôles du cancer de l'utérus / prostate). Sous cette catégorie on peut également considérer toute action positive pour enlever certains barrières pour que chacun et chacune puisse participer sur un pied égal à la vie public, politique, économique, sociale, technique, à l'accès et au contrôles des services publics.
- Jaunes : Action qui renforce le « Gender machinerie ». Appui aux institutions chargées du « Gender mainstreaming ». Par exemple action qui permet l'appui de la BSG d'un partenaire local (association, collectif,...), capacity building des points focaux genre dans les différents ministères.
- Bleu : Toute dépense genre neutre. Surtout le budget de fonctionnement et d'investissement. Par exemple les factures Internet, d'eau, de gaz,... Les frais d'entretiens des locaux, des véhicules des projets, des ponts, des hôpitaux.

Gender budget scan



En annexe 7.4, les détails du calcul peuvent être sollicités

7 ANNEXES

- Le cadre logique;
- Le calendrier d'exécution, chronogramme
- Le type d'assistance technique court terme et long terme envisagé, fonctions et profil.
- Le budget détaillé du Gender Budget Scan

7.1 Cadre logique

	Logique d'intervention	Indicateurs vérifiables	objectivement	Sources de vérification	Hypothèses
OG	<p><u>Objectif global :</u></p> <p>Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de lutte contre la pauvreté</p>				
OS	<p><u>Objectif spécifique :</u></p> <p>La prise en charge des victimes de violence sexuelle par le secteur de la santé est améliorée au travers d'une meilleure accessibilité et qualité des soins dans le cadre d'une approche multisectorielle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Chacun des trois DPS ciblées dispose d'un centre spécialisé dans la prise en charge des VVS fonctionnel et intégré dans le système de la santé et à base d'une collaboration multisectorielle Au long de l'intervention le nombre de cas de prise en charge des VVS dans les zones cibles augmentent de 20% 		<ul style="list-style-type: none"> Rapports et statistiques trimestriels et annuels des structures de santé de prise en charge des VVS ; Rapports annuels de l'intervention ; Rapports des MPS. 	<ul style="list-style-type: none"> La stabilité politique et sécuritaire est assurée ; Les autorités et les services publics de prise en charge des VVS s'engagent dans la pérennisation de l'approche multisectorielle ; Les RH sont identifiés
R 1	<p><u>Résultat 1 :</u></p> <p>Les structures décentralisées³¹ de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des VVS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> A la fin du projet les centres spécialisés des 3 provinces concernées disposent de services fonctionnels et efficaces de prise en charge médicale et psychologique des VVS et d'un protocole adapté. 		<ul style="list-style-type: none"> Analyse des activités des centres spécialisés avant et après l'intervention (étude de base et rapports annuels) ; Rapports des formations, évaluations des formations et listes des participants aux 	<ul style="list-style-type: none"> Participation active des bénéficiaires au parcours de formation et à l'application pratiques des nouvelles compétences ; Mise à disposition par partenaire

³¹ Les structures des santé décentralisées : les Ministères Provinciaux de la Santé Publique, les DPS – y compris le PNSR au niveau provincial, les ZS (HGR et les CS) et le Centre Alwaleed. Au Thsopo, le Ministère Provincial de la santé (MPS) est aussi le Ministère du Genre et des Affaires Sociales. Au Sud-Ubangi le MPS englobe le Ministère du genre de la famille et des enfants. Au Kwilu ?

		<ul style="list-style-type: none"> • Les centres spécialisés disposent de personnel formés dans les différents aspects dans la prise en charge médicale et psychologique et le référencement des VVS et bénéficient d'une formation continue. • Le nombre des cas des VVS suivies par les centres spécialisés ciblés, au moment du traumatisme et dans la période qui suit, a augmenté du 30 %. • Des mécanismes de référencement et d'accompagnement des VVS fonctionnels et efficaces sont mise en œuvre entre les services de santé, la police, la justice. 	<p>formations ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Feuille de route du pool des formateurs créée à la DPS ; • Rapports annuels et rapports statistiques des HGR et du Centre Alwaleed ; • PV des rencontres de concertation et de négociation entre MPS, MGFE, Ministère de la Justice et Ministère de l'Intérieur. • PV des rencontres de concertation et de négociation avec les PTFs. • Enquête de satisfaction des clients 	<p>du personnel adéquat ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité du budget pour la prise en charge juridique et réinsertion économique des VVS ; • Le contexte socioculturel est moins stigmatisant envers les victimes ; • participation active des autorités provinciales aux rencontres de négociation/concertation
<p>R 2</p>	<p><u>Résultat 2 :</u> Un système de prévention des VS est mis en place dans la communauté et dans les écoles secondaires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un système fonctionnel de référencement pour les VVS vers les structures sanitaires commence à fonctionner. • 60% de la population et les autorités locales des 3 provinces concernées reconnaissent la gravité du phénomène des VS, ses causes et l'effet sur la santé de la victime ; • 60% de la population et les 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport de l'étude CAP ; • Rapports d'évaluation ; • Rapports trimestriels des ECZS ; • Rapports semestriels des cellules d'animation communautaire (CAC) ; • Rapports semestriels des sensibilisations de l'équipe d'animation au niveau des ZS ; • Rapports annuels des écoles 	<ul style="list-style-type: none"> • Participation active du partenaire et de la communauté ; • Disponibilités et intérêt de la part de la population et des autorités nationales et locales à s'engager dans la prévention et le référencement des VVS

		<p>autorités locales connaissent des services disponibles pour les victimes ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 écoles secondaires appuyées par la CTB dans le cadre du programme EDUT ont mis en œuvre le module sur les VS. 	ciblées.	
R 3	<p><u>Résultat 3 :</u></p> <p>La prise en charge juridique des victimes de la violence sexuelle est renforcée</p>	<p>Nombre de policiers et juges formés</p> <p>Nombre de femmes transportées</p> <p>Rapport de recherche sur les coûts d'une prise en charge disponible</p> <p>Nombre de femmes effectivement appuyées</p>	<p>Rapports annuels</p> <p>Rapport de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les policiers et juges locaux sont sensibles pour la matière • Les policiers et juges locaux sont d'accord de travailler avec plus de transparence
R 4	<p><u>Résultat 4:</u></p> <p>La prise en charge des VVS adaptée aux spécificités socio-culturelles et socio-économiques des populations ciblées est assurée par l'utilisation des méthodes basées sur les évidences scientifiques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Des approches thérapeutiques appropriées au contexte socio-culturel et socio-économique spécifique ont été développées et sont utilisées par les centres spécialisés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapports annuels d'activité de l'équipe d'accompagnement scientifique; • Rapports de missions de suivi scientifique ; • Rapports de recherche ; • Publications ; • Proposition de protocole révisé pour la prise en charge psychologique et psychosociale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intérêt et participation active des partenaires ; • Disponibilité d'un (1) ou plusieurs chercheurs locaux avec les compétences nécessaires.

	Activités pour atteindre le Résultat 1	Moyens	Contribution belge (coût global pour les 3 provinces)
R 1	Résultat 1 Les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des VVS.		960.300 Euro
A 1.1	A 1.1 Analyser les 4 protocoles de prise en charge, réélaboration du protocole de prise en charge médicale qui inclut aussi la prise en charge psychologique et le référencement vers les services de justice et de réinsertion. 1.1.1 Évaluation de la mise en œuvre des 4 protocoles existants au Tshopo 1.1.2 Révision et adaptation du protocole prise en charge médicale et psychologique + élaboration des outils nécessaires pour la mise en œuvre. 1.1.3 Phase de tester (au Tshopo) 1.1.4 Finalisation du protocole et des outils et validation par le MSP central 1.1.5 Formations des médecins et infirmiers des HGR/centre spécialisés et pour le CS formation pour référencement. 1.1.6 Dissémination du protocole et des outils par les MPS/DPS du Kwilu et du Sud-Ubangi	Consultant national Budgets pour les ateliers 1 véhicule (Tshopo), 6 motos Fond pour les formations Fond pour la production et la dissémination du protocole et les outils de support	81.850
A 1.2	A 1.2 Introduire le système d'une tarification forfaitaire subsidiée pour la prise en charge des VVS au niveau des CS (1^{ère} niveau) et des HGR/centres de prise en charge spécialisés (2^{ème} niveau) 1.2.1 Étude (participative) du coût réel pour la prise en charge dans les trois Provinces 1.2.2 Définition des méthodes de subvention 1.2.3 Evaluation de l'effet de la tarification forfaitaire subsidiée sur le nombre de cas pris en charge.	Consultant national (économie de la santé) Fond de subvention de la tarification forfaitaire	427.900

A.1.3.	A.1.3 Assurer l’approvisionnement régulier de toutes les composantes du Kit PEP, de la contraception d’urgence, de la prophylaxie et traitement IST, de la prophylaxie hépatite B aux structures de santé en collaboration avec les CDR. 1.3.1 Concertation avec les projets appui au niveau central – PNAM et CDR - et appui au niveau intermédiaire 1.3.2 Mise en place d’une collaboration avec d’autre PTF (UNICEF, SANRU, Banque Mondiale, etc.)	Fond pour les réunions de coordination	34.200
A 1.4	A 1.4 Former les parties prenantes dans la prise en charge des VVS 1.4.1 Ateliers de sensibilisation/formation pour les structures décentralisées 1.4.2 Création et formation à la DPS d’un pool de formateurs diversifiés (pour les médecins, pour les infirmiers, pour les RECO) sur le (nouveau) protocole : développement des modules, des outils pédagogique, de suivi & évaluation et de plan annuel de formation (formation de base et recyclage). 1.4.3 Formation continu pour les médecins et les infirmiers dans la prise en charge du stress aigu, du traumatisme psychologique et de la mise en place de la thérapie communautaire.	Fond pour les formations Programme bourse CTB	132.300
A.1.5	A 1.5 Mettre en place l’accompagnement de la négociation entre MPS, du Genre et des Affaires Sociaux (MPSGAS), le Ministère de l’Intérieur (Police) et Ministère de la Justice pour l’opérationnalisation de la prise en charge globale des VVS. 1.5.1 Négociations du MPS/DPS avec les autres ministères provinciaux concernés afin de créer des mécanismes de référence des VVS efficaces, de collaboration formelle entre les services de santé, la police, la justice et les écoles et pour identifier des solutions adéquates à la réalité locale pour l’opérationnalisation de la prise en charge globale des VVS. 1.5.2 Négociations du MPSGAS/DPS avec les PTFs afin d’assurer une prise en charge de qualité (justice et réinsertion socio-économique), financièrement accessibles et une rationalisation de l’utilisation des ressources disponibles	Fond pour les réunions et les plaidoyers	14.400

A.1.6.	A.1.6. Aménager les infrastructures sanitaires 1.6.1 Aménagement du Centre Alwaleed comme centre d'excellence avec salle de réunion, salle de conférence/formation 1.6.2. Aménagement des centres spécialisés pour la prise en charge des survivants/victimes dans les HGR	Fond pour les aménagements	39.000
A.1.7.	A.1.7 Appuyer le processus (50%)	Fond pour l'emploi de 3 ATN, l'aménagement, l'équipement des bureaux et le fonctionnement	193.600

	Activités pour atteindre le Résultat 2	Moyens	Contribution belge
R 2	Résultat 2 Un système de prévention des VS est mise en place dans la communauté et dans les écoles secondaires.		591.850 Euros
A 2.1	A 2.1 Établir le diagnostic initial dans les trois provinces (CAP qualitative et quantitative avec une approche socio-anthropologique) 2.1.1 1 atelier participatif pour identifier les principaux champs de la recherche, convenir de la population de l'étude, identifier la population à interroger et décrire/suggérer les éléments à inclure dans le protocole. 2.1.2 Sélection d'un consultant ou équipe des consultants intentionnelle 2.1.3 Sélection et formation des enquêteurs/trices, réalisation de la recherche et analyse des données qualitatives et quantitatives. 2.1.4 3 ateliers pour la dissémination des résultats finaux de la recherche aux bailleurs, parties prenantes gouvernementales, organisations non-lucratives, membres de la population qui ont été interviewés, etc. 2.1.5 Publication des résultats de l'étude CAP pour qu'ils puissent aussi servir un auditoire plus large.	Consultant national Fond pour la réalisation de l'étude Fond pour les ateliers Fond pour la publication	42.900

A 2.2	<p>A 2.2</p> <p>Produire et diffuser les outils de sensibilisation</p> <p>2.2.1 Création d'une équipe par province pour l'élaboration d'une stratégie de communication/information (l'équipe sera formée par les membres de la task-force de communication de la DPS, les différentes parties prenantes au niveau provincial, par les associations locales, etc.),</p> <p>2.2.2 Identification des messages à transmettre et des publics cibles sur la base des résultats de la recherche CAP.</p> <p>2.2.3 Identification et élaboration du contenu des moyens de sensibilisation et mobilisation communautaire : atelier d'information et formation, causerie, journées thématiques, théâtre forum, cinéma mobile (?).</p> <p>2.2.4 Elaboration des guides pour les animateurs pour chaque moyen de sensibilisation choisi.</p> <p>2.2.5 Formation des équipes des animateurs communautaire au niveau des ZS qui seront suivi par l'animateur communautaire qui fait partie de l'ECZS</p> <p>2.2.6 Identifications des outils des communications les plus appropriés (dépliant, affiches, photos, vidéo, radio et TV nationale et communautaire, etc.)</p>	<p>Consultant national expert en communication et sensibilisation</p> <p>Fond pour l'atelier</p> <p>Fond pour la reproduction des guides</p> <p>Fond pour la formation</p>	<p>71.300</p>
--------------	--	--	---------------

<p>A 2.3</p>	<p>A 2.3 Réaliser des campagnes de sensibilisation et d'information des populations</p> <p>2.3.1 Planification des campagnes trimestrielles de sensibilisation et information des populations (deuxième année du projet)</p> <p>2.3.2 Mise en place des outils d'évaluation des différents moyens de sensibilisation (questionnaires de satisfaction du public à chaude)</p> <p>2.3.3 Réalisation de 5 sessions de sensibilisation par province par an</p> <p>2.3.4 Formation des équipes d'animateurs communautaires à la création et animation des réseaux communautaire</p> <p>2.3.5 Création/animation/ opérationnalisation des Cellules d'animation Communautaire au niveau des villages</p> <p>2.3.6 Planification trimestriel des activités des réseaux (sensibilisation communautaire, suivis du traitement réservé aux cas graves des violences dans la communauté, etc.)</p> <p>2.3.7 Création d'un partenariat entre DPS et BCZ (bureau central zone) Radio OKAPI et les Radios Communautaires pour des émissions et spots sur la lutte contre les violences basées sur le genre lors des grands évènements. (Ex. Les 16 jours d'activisme, les 8 mars, Journée Internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes, Journée Internationale de la fille, etc.).</p> <p>2.3.8 Ateliers annuel de sensibilisation des journalistes sur la question de VS</p>	<p>Fond pour la production d'outils sensibilisation et communication</p> <p>Fond pour la réalisation des campagnes</p> <p>Fonds pour la formation</p> <p>Fond pour les média</p> <p>Fond pour les ateliers avec les journalistes</p> <p>Fonds pour l'achat, la maintenance et le fonctionnement de 6 motos</p>	<p>204.200</p>
---------------------	--	--	----------------

A.2.4	<p>A2.4 Mettre en place un programme de sensibilisation sur la prévention des VSBG, l'éducation sexuelle et la planification familiale dans les écoles secondaires (EDUT).</p> <p>2.4.1 Accord entre la Division Provincial de l'Education et la DPS à la Thsopo pour la création et l'implémentation d'un module sur la prévention des abus sexuelles et des violences basées sur le genre, l'éducation sexuelles et la planification familiale</p> <p>2.4.2 Mise en place d'une collaboration avec le projet EDUT au Tshopo</p> <p>2.4.3 Elaboration d'un module de sensibilisation sur les VS, l'éducation sexuelle et la planification familiale et les outils pédagogiques.</p> <p>2.4.4 Formation des enseignants et sensibilisation des parents</p> <p>2.4.5 Suivi/évaluation de la mise en œuvre du module</p> <p>2.4.6 Recyclage des enseignants et des parents.</p>	<p>Consultant national</p> <p>Fonds pour les ateliers</p> <p>Fond pour les ateliers de formation/sensibilisation et de recyclage</p> <p>Fonds pour l'élaboration et la reproduction du module</p>	<p>129.100</p>
A.2.5	<p>A.2.5</p> <p>Appuyer le processus (50%)</p>	<p>Fond pour l'emploi de 3 ATN, l'aménagement, l'équipement des bureaux et le fonctionnement</p>	<p>64.550</p>

	Activités pour atteindre le Résultat 3	Moyens	Contribution belge
R 3	<u>Résultat 3</u> La prise en charge juridique des victimes de la violence sexuelle est renforcée		125.500 Euros
A 3.1	A 3.1 Appuyer la mise en place d'un système de référence entre les services juridiques et policiers et le service de santé spécialisé	Chercheur(s) local/aux (avec le programme bourse) Fond pour le fonctionnement de l'équipe	58.500
A 3.2	A 3.2 Assurer la formation des parties prenantes juridiques dans les zones d'intervention	Fond pour les missions de suivi scientifique Fond pour les formations	27.000
A 3.3	A 3.3 Institutionnaliser une communication administrative et légale entre les services de santé et juridiques afin de disposer de dossiers légaux de qualité pour défendre les femmes VVS	Fonds pour la réalisation de la recherche	15.000
A 3.4	A 3.4 Formuler une proposition de financement pour la défense juridique des femmes VVS		25.000

	Activités pour atteindre le Résultat 4	Moyens	Contribution belge
R 4	Résultat 4 La prise en charge des VVS adaptée aux spécificités socio-culturelles et socio-économiques des populations ciblées est assurée par l'utilisation des méthodes basées sur les évidences scientifiques.		319.650 Euros
A 4.1	A 4.1 Appuyer la mise en place d'une équipe multidisciplinaire d'accompagnement de la recherche scientifique au Tshopo 4.1.1 Identification et notification des membres de l'équipe multidisciplinaire 4.1.2 Elaborer la charte de fonctionnement (feuille de route) de l'équipe	Chercheur(s) local/aux (avec le programme bourse) Fond pour le fonctionnement de l'équipe	15.000
A 4.2	A 4.2 Assurer la formation de l'équipe multidisciplinaire sur le « grounded theory » 4.2.1 Organisation de la formation 4.2.2 Mise en œuvre de la formation	Fond pour les missions de suivi scientifique Fond pour les formations	287.100
A 4.3	A 4.3 Activités de recherche continue à travers du « grounded theory » 4.3.1 Identification des situations et phénomènes socio-culturelles à étudier 4.3.2 Réalisation des recherches, application sur terrain des produits de l'analyse : ajustement des protocoles de prise en charge, adaptation des messages de prévention et de sensibilisation, etc. 4.3.3 Réajustement des produits de l'analyse aux nouvelles données empiriques et nouvelle théorisation 4.3.4. Publications	Fonds pour la réalisation de la recherche	17.550

7.2 Chronogramme

Budget Code	Results/activities	Year 1				Year 2	Year 3
		Q1	Q2	Q3	Q4		
<i>A_01 Résultat 1: Les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge multisectorielles</i>							
A_01_01	Analyser les 4 protocoles de prise en charge, réélaboration du protocole de prise en charge médicale qui inclut aussi la prise en charge psychologique et le référencement vers les services de justice et de réinsertion	x	x	x	x	x	x
A_01_02	Introduire le système d'une tarification forfaitaire subsidiée pour la prise en charge des VVS au niveau des CS (1ière niveau) et les HGR/centres de prise en charge spécialisés (2ième niveau)	x	x	x	x	x	
A_01_03	Assurer l'approvisionnement régulier de toutes les composantes du Kit PEP, de la contraception d'urgence, de la prophylaxie et traitement IST, de la prophylaxie hépatite B aux structures de santé en collaboration avec les CDR		x	x	x	x	x
A_01_04	Former les parties prenantes dans la prise en charge des VVS			x	x	x	x
A_01_05	Mettre en place l'accompagnement de la négociation entre MPS, du Genre et des Affaires Sociales (MPSGAS), le Ministère de l'Intérieur (Police) et le Ministère de la Justice pour l'opérationnalisation de la prise en charge globale de VVS		x	x	x	x	x
A_01_06	Aménager les infrastructures sanitaires		x			x	
A_01_07	Appuyer le processus (50%)	x	x	x	x	x	x

<i>A_02 Résultat 2: Un système de prévention des VS est mis en place dans la communauté et dans les écoles secondaires</i>							
A_02_01	Établir le diagnostic initial dans les trois provinces (CAP qualitative et quantitative avec une approche anthropologique)			x	x		
A_02_02	Produire et diffuser les outils de sensibilisation					x	x
A_02_03	Réaliser des campagnes de sensibilisation et d'informations des populations		x (achat des motos)		x	x	x
A_02_04	Mettre en place un programme de sensibilisation sur la prévention des VS, l'éducation sexuelle et la planification familiale dans les écoles secondaires					x	x
A_02_05	Appuyer le processus (50%)	x	x	x	x	x	x
<i>A_03 Résultat 3: La prise en charge juridique des victimes de violences sexuelles est renforcée</i>							
A_03_01	Appuyer la mise en place d'un système de référence entre les services juridiques et policiers et le service de santé spécialisé.		x	x	x	x	x
A_03_02	Assurer la formation des parties prenantes juridiques dans les zones d'intervention			x	x	x	x
A_03_03	Institutionnaliser une communication administrative et légale entre les services de santé et juridiques afin de disposer de dossiers légaux de qualité pour défendre les femmes VVS.			x	x	x	x
A_03_04	Formuler une proposition de financement pour la défense juridique des femmes VVS					x	x
<i>A_04 La prise en charge des VVS adaptée aux spécificités socio-culturelles et socio-économiques des populations ciblées est assurée par l'utilisation des méthodes basées sur les évidences scientifiques</i>							
A_04_01	Création d'une équipe multidisciplinaire d'accompagnement de la recherche scientifique au Tshopo	x	x	x	x	x	x
A_04_02	Formation de l'équipe sur le "grounded theory"	x	x	x	x	x	x
A_04_03	Recherche continue à travers du "grounded theory"	x	x	x	x	x	x

7.3 TdR personnel long terme

7.3.1 Profils du personnel international

7.3.1.1 ATI Renforcement pour la prise en charge multisectorielle de la violence sexuelle

Il est prévu un poste d'Appui technique international, expert en psychologie clinique ou expert médecin en santé publique avec expériences effectives en prise en charge multisectorielle des VVS.

Il (Elle) sera responsable des actions dans les 3 DPS/ZS considérées.

Il (Elle) sera positionné à la Division Provinciale de la Santé (DPS) du Tshopo (Kisangani).

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit 36 mois.

L'ATI rapporte à l'ATI coordinateur du PADP au Tshopo. Il (Elle) supervise les ATN dans les trois provinces d'intervention sur le plan technique.

A. Responsabilités	C. Compétences techniques
<ul style="list-style-type: none">• Il (Elle) apporte son expertise technique à l'ensemble de la mise en œuvre et du suivi des activités, appuie la collaboration avec les services partenaires et transfert ses propres connaissances aux autres partenaires institutionnels (en particulier appui la DPS pour le plaidoyer, les négociations et la concertation avec les autres Ministères, le soutien et le suivi de la recherche action (« <i>grounded theory</i> »), l'étude sur la tarification forfaitaire, l'organisation technique des ateliers, des formations et sensibilisation communautaire);• Il (Elle) examine la situation au début du projet, si nécessaire, actualise les orientations opérationnelles et le met pour validation à la première SMCL du projet;• Il (Elle) assure la mise en œuvre opportune de toutes les actions et supervise dans les aspects techniques, pédagogiques et scientifiques le travail des consultants internationaux et nationaux ;• Il (Elle) assure les liens et synergies des activités dans les différents volets et suit de près la planification des activités;• Il (Elle) assure les échanges et synergies avec d'autres interventions dans le domaine de la Santé et organise dans ce cadre-ci régulièrement des réunions de concertation (en particulier avec les composantes du projet d'appui à la santé au niveau central et au niveau intermédiaire, avec le programme EDUT et le programme bourse);• Il (Elle) assure le respect des thèmes	<ul style="list-style-type: none">• Il (Elle) a de grandes facilités de présentations et d'exposés et de gestion de réunions (s'exprime facilement) ;• Il (Elle) possède une excellente capacité rédactionnelle (formulation de rapports et autres documents écrits) ;• Il (Elle) possède un excellent niveau de français oral et écrit ;• Il (Elle) maîtrise les outils informatiques courants ;• Il (Elle) possède des connaissances pratiques des thèmes transversaux.

<p>transversaux dans les différent volets du projet (genre, VIH/SIDA, droits de l'enfant);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il (Elle) assure les rapports semestriels, annuels ainsi que le rapport final conformément aux indications contenues dans le document du projet et selon les formats et standards de la CTB ; • Il (Elle) surveille la rédaction des rapports financiers conformément au canevas et aux périodicités en application à la CTB; • Il (Elle) surveille toutes les procédures d'appels d'offres pour travaux et fournitures d'équipements et la rédaction des dossiers d'appels d'offres (en collaboration avec le personnel du projet et l'équipe de coordination provinciale); • Il (Elle) participe à la capitalisation des expériences du projet; • Il (Elle) prépare la SMCL ensemble avec les ATN; suit l'état d'avancement des activités sur le terrain; • Il (Elle) participe aux réunions de la SMCL. 	
<p>B. Qualification techniques</p> <p>Niveau de formation/diplôme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il (Elle) est diplômé d'études supérieures (licence ou diplôme universitaire – niveau bac+4 ou équivalence par expérience professionnelle) en psychologie clinique ou médecin en santé public. <p>Expérience requise</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il (Elle) a une expérience affirmé en prise en charge des VVS ; • Il (Elle) possède une expérience importante (min. 5 ans) dans le secteur de la prise en charge multisectorielle des VVS ; • Il (Elle) a des connaissances et de l'expérience en matière de renforcement des capacités • Il (Elle) possède une expérience importante (min 7 ans) dans la gestion d'un ou de plusieurs projets de coopération internationale ; • Il (Elle) a d'excellentes capacités en gestion de projets et en management des ressources humaines (≥ 3 personnes); 	<p>D. Aptitudes comportementales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il (Elle) s'adhère aux valeurs de la CTB (engagement, respect, responsabilité et intégrité) ; • Il (Elle) possède de bonnes aptitudes communicationnelles et le sens du 'networking' (réseautage) ; • Il (Elle) sait animer une équipe multiculturelle et pluridisciplinaire. • Il (Elle) est « <i>gender sensitive</i> » et sensible aux effets des inégalités de genre sur la prise en charge des VVS.

7.3.2 Profils du personnel national

Il est prévu pour chacune des trois provinces appuyées, un poste de d'Assistance Technique Nationale

Les candidats seront basés dans chaque DPS (1 ATN à la DPS du Tshopo ; 1 ATN à la DPS du Kwilu ; 1 ATN à la DPS du Sud-Ubangi).

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit 36 mois.

L'ATN à la DPS du Tshopo rapporte à l'ATI coordinateur du PLVS. Les ATN aux DPS du Kwilu et du Sud-Ubangi rapportent aux ATI coordinateurs du programme d'appui au niveau intermédiaire (PADP) respectifs.

<p>A. Responsabilités</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il (Elle) est membre de l'Équipe Technique du projet ; • Il (Elle) coordonner la mise en œuvre et le suivi des activités au niveau de l'organisation logistique et administratives des ateliers, des formations, de la sensibilisation et communication communautaire, de la mobilisation communautaire, de la mise en œuvre du module sur les VS dans les écoles ; • Il (Elle) garantit la collaboration entre le projet et les institutions et services partenaires. 	<p>C. Compétences techniques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il (Elle) a une bonne connaissance de la prise en charge multisectorielle des VVS ; • Il (Elle) a une bonne maîtrise de la question genre en RDC ; • Il (Elle) a une bonne maîtrise (orale et écrite) de la langue française ; • Il (Elle) a une bonne maîtrise du swahili et/ou du lingala et/ou du kikongo ; • Il (Elle) a une bonne maîtrise de l'outil informatique (Word, Excel) ; • Il (Elle) a une grande capacité d'organisation, de formation et de planification.
<p>B. Qualifications techniques</p> <p>Niveau de formation/diplôme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il (Elle) a un diplôme d'études supérieures en sciences humaines (licence ou diplôme universitaire – niveau bac+4 ou équivalence par expérience professionnelle). <p>Expérience requise</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il (Elle) a une expérience avérée dans la prise en charge multisectorielle des VVS • Il (Elle) a une expérience en gestion des projets (planning, budgétisation, administration) (min. de 3 ans). • Il (Elle) a expérience avérée en formation, communication et sensibilisation dans le domaine des VVS (min. de 5 ans). 	<p>D. Aptitudes comportementales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il (Elle) s'adhère aux valeurs de la CTB (engagement, respect, responsabilité et intégrité) ; • Il (Elle) dispose de compétences relationnelles fortes ; • Il (Elle) possède de bonnes aptitudes communicationnelles et de réseautage. • Il (Elle) est « <i>gender sensitive</i> » et sensible aux effets des inégalités de genre sur la prise en charge des VVS. • • Il (Elle) fait preuve d'une attitude de réflexion analytique sur la problématique des VS dans le pays. • Il (Elle) veut apprendre et contribuer activement au processus de changement dans la prise en charge des VVS. •

7.4 Gender Budget Scan

BUDGET TOTAL				GBS
A	Objectif spécifique: La prise en charge des victimes de violence sexuelle par le secteur de la santé est améliorée au travers d'une meilleure accessibilité et qualité des soins dans le cadre d'une approche multisectorielle dans la DPS du TSHOPO			
A	01	<i>Résultat 1 : Les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des VVS</i>		
A	01	01	Analyser 4 protocoles de prise en charge	
			Consultance nationale	14000
			Atelier révision/adaptation protocole	36250
			Atelier formation protocole pour les CS	5700
			Atelier formation protocole pour les HGR/centres spécialisés	5700
			Production et dissemination d'outils pour la mise en œuvre du protocole	5000
A	01	02	Introduire le système d'une tarification forfaitaire	
			Consultance nationale	14000
			Atelier (réflexion, analyse, restitution)	11400
			Atelier national de restitution	11000
			Fonds pour la tarification forfaitaire subidiee (2/3 du tarif)	150000
A	01	03	Assurer l'approvisionnement regulier des médicaments et intrants	
			Concertation avec le PANC et le PADP	11400
			Mise en place d'une collaboration avec d'autres PTF (au niv central et provincial)	11400
A	01	04	Former les parties prenantes dans la prise en charge des VVS	
			Création d'un pool de formateurs par DPS	17100
			Formation continue pour les médecins et les infirmiers des ZS	36000
A	01	05	Mettre en place l'accompagnement de la négociation	
			Plaidoyer avec les autres ministères provinciaux	2400
			Plaidoyer avec les PTF	2400
A	01	06	Aménager les infrastructures sanitaires	
			Aménagement Centre Alwaleed	19000
A	01	07	Appuyer le processus	
			Assistance technique nationale	54000
			Frais d'installation ATN (aménagement, mobilier, matériel informatique)	4250
			Frais de fonctionnement ATN	6300
A	02	<i>Résultat 2 : Un système de prévention des VSBG est mise en place dans la communauté et dans les écoles secondaires</i>		
A	02	01	Etablir le diagnostic initial dans la province	
			Consultance nationale	14000
			Participation des enquêteurs	5000
			Atelier participatif de démarrage	1900
			Atelier de restitution	1900
			Publication et dissemination	2500
A	02	02	Produire et diffuser les outils de sensibilisation	
			Consultance nationale	14000
			Atelier pour l'élaboration d'une stratégie de communication et d'information	5700
			Production des guides pour les animateurs	7500

			Formation des équipes d'animateurs communautaires	19000
			Identificaton et production des outils de communications	7500
A	02	03	Réaliser des campagnes de sensibilisation et d'information des populations	
			Développement et mise en place des outils d'évaluation	5000
			Réalisation de sessions de sensibilisation communautaire	10000
			Formation des équipes d'animateurs communautaires à la création et animation des réseaux communautaire	11400
			Création/animation/opérationnalisation des cellules d'animation communautaire	11400
			Planification trimestrielle des activités des ReCo	7500
			Émissions et spots	4000
			Ateliers annuels de sensibilisation des journalistes	5700
			Acquisition de 2 motos	7000
			Frais de fonctionnement des motos	5400
A	02	04	Mise en place d'un programme de sensibilisation sur la prévention des VSBG, l'éducation sexuelle et la planification familiale dans les écoles secondaires	
			Consultance nationale	14000
			Élaboration et production d'une module de prévention des VSBG, éducation sexuelle et planification familiale	5000
			Formation/recyclage des enseignants et des parents et suivi de la mise en œuvre du module (3 écoles)	9000
A	02	05	Appuyer le processus	
			Assistance technique nationale	54000
			Frais d'installation ATN (aménagement, mobilier, matériel informatique)	4250
			Frais de fonctionnement ATN	6300
A	03		<i>Résultat 3 : La prise en charge des survivants/victimes des violence sexuelle adaptée aux spécificités socio-culturelles des populations ciblées est assurées par l'utilisation des méthodes basées sur les évidences scientifiques</i>	
A	03	01	Appuyer la mise en place d'une équipe multidisciplinaire d'accompagnement la recherche scientifique au Tshopo	
			Identification, notification des membres de l'équipe multidisciplinaire et frais de fonctionnement de l'équipe	15000
			Élaborer la charte de fonctionnement (feuille de route de l'équipe)	
			Appuyer les activités de recherche (local)	
A	03	02	Assurer la formation de l'équipe multidisciplinaire sur la théorie d'ancrage	
			Appui scientifique international	270000
			Organisation de formation/atelier	17100
A	03	03	Activités de recherche continue à travers de la théorie d'ancrage	
			Réalisation des recherches et application sur le terrain des produits d'analyse (identification des sujets à étudier)	9000
			Acaht de littérature	3000
			Réajustements des produits de l'analyse aux nouvelles données empiriques et nouvelle théorisations (publications)	4050
			Matériel de support (dictaphone, caméra, ...)	1500
B			Objectif spécifique: La prise en charge des victimes des violence sexuelle par le secteur de la santé est améliorée au travers d'une meilleure accessibilité et qualité des soins dans le cadre d'une approche multisectorielle dans la DPS du KWILU	
B	01		<i>Résultat 1 : Les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des VVS</i>	

B	01	01	Analyser 4 protocoles de prise en charge	
			Atelier formation protocole pour les CS	3800
			Atelier formation protocole pour les HGR/centres spécialisés	3800
B	01	02	Introduire le système d'une tarification forfaitaire	
			Fonds pour la tarification forfaitaire subdiée (2/3 du tarif)	150000
B	01	03	Assurer l'approvisionnement regulier des médicaments et intrants	
			Mise en place d'une collaboration avec d'autres PTF (au niv central et provincial	5700
B	01	04	Former les parties prenantes dans la prise en charge des VVS	
			Création d'un pool de formateurs par DPS	17100
			Formation continue pour les médecins et les infirmiers des ZS	36000
B	01	05	Mettre en place l'accompagnement de la négociation	
			Plaidoyer avec les autres ministères provinciaux	2400
			Plaidoyer avec les PTF	2400
B	01	06	Aménager les infrastructures sanitaires	
			Aménagement pour les centres spécialisés aux HGR	10000
B	01	07	Appuyer le processus	
			Assistance technique nationale	54000
			Frais d'installation ATN (aménagement, mobilier, matériel informatique)	4250
			Frais de fonctionnement ATN	6300
B	02		<i>Résultat 2 : Un système de prévention des VSBG est mise en place dans la communauté et dans les écoles secondaires</i>	
B	02	01	Etablir le diagnostic initial dans la province	
			Participation des enquêteurs	5000
			Atelier participatif de démarrage	1500
			Atelier de restitution	1500
B	02	02	Produire et diffuser les outils de sensibilisation	
			Atelier pour l'élaboration d'une stratégie de communication et d'information	5700
			Formation des équipes d'animateurs communautaires	13000
			Identificaton et production des outils de communications	10000
B	02	03	Réaliser des campagnes de sensibilisation et d'information des populations	
			Développement et mise en place des outils d'évaluation	5000
			Réalisation de sessions de sensibilisation communautaire	10000
			Formation des équipes d'animateurs communautaires à la création et animation des réseaux communautaire	11400
			Création/animation/opérationnalisation des cellules d'animation communautaire	11400
			Planification trimestrielle des activités des ReCo	7500
			Émissions et spots	5000
			Ateliers annuels de sensibilisation des journalistes	5700
			Acquisition de 2 motos	7000
			Frais de fonctionnement des motos	5400
B	02	04	Appuyer le processus	
			Assistance technique nationale	54000
			Frais d'installation ATN (aménagement, mobilier, matériel informatique)	4250
			Frais de fonctionnement ATN	6300
C			Objectif spécifique: La prise en charge des victimes des violence sexuelle par le secteur de la santé est améliorée au travers d'une meilleure accessibilité et qualité des soins dans le cadre d'une approche multisectorielledans la DPS du SUD UBANGI	

C	01	<i>Résultat 1 : Les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des VVS</i>		
C	01	01	Analyser 4 protocoles de prise en charge	
			Atelier formation protocole pour les CS	3800
			Atelier formation protocole pour les HGR/centres spécialisés	3800
C	01	02	Introduire le système d'une tarification forfaitaire	
			Fonds pour la tarification forfaitaire subdiée (2/3 du tarif)	150000
C	01	03	Assurer l'approvisionnement régulier des médicaments et intrants	
			Mise en place d'une collaboration avec d'autres PTF (au niv central et provincial)	5700
C	01	04	Former les parties prenantes dans la prise en charge des VVS	
			Création d'un pool de formateurs par DPS	17100
			Formation continue pour les médecins et les infirmiers des ZS	36000
C	01	05	Mettre en place l'accompagnement de la négociation	
			Plaidoyer avec les autres ministères provinciaux	2400
			Plaidoyer avec les PTF	2400
C	01	06	Aménager les infrastructures sanitaires	
			Aménagement pour les centres spécialisés aux HGR	10000
C	01	07	Appuyer le processus	
			Assistance technique nationale	54000
			Frais d'installation ATN (aménagement, mobilier, matériel informatique)	4250
			Frais de fonctionnement ATN	6300
C	02	<i>Résultat 2 : Un système de prévention des VSBG est mise en place dans la communauté et dans les écoles secondaires</i>		
C	02	01	Établir le diagnostic initial dans la province	
			Participation des enquêteurs	5000
			Atelier participatif de démarrage	1900
			Atelier de restitution	1900
C	02	02	Produire et diffuser les outils de sensibilisation	
			Atelier pour l'élaboration d'une stratégie de communication et d'information	5700
			Formation des équipes d'animateurs communautaires	19000
			Identificaton et production des outils de communications	10000
C	02	03	Réaliser des campagnes de sensibilisation et d'information des populations	
			Développement et mise en place des outils d'évaluation	5000
			Réalisation de sessions de sensibilisation communautaire	10000
			Formation des équipes d'animateurs communautaires à la création et animation des réseaux communautaire	11400
			Création/animation/opérationnalisation des cellules d'animation communautaire	11400
			Planification trimestrielle des activités des ReCo	7500
			Émissions et spots	5000
			Ateliers annuels de sensibilisation des journalistes	5700
			Acquisition de 2 motos	7000
			Frais de fonctionnement des motos	5400
C	02	04	Appuyer le processus	
			Assistance technique nationale	54000
			Frais d'installation ATN (aménagement, mobilier, matériel informatique)	4250
			Frais de fonctionnement ATN	6300
X	Réserve budgétaire (max 5% * total activités)			

<i>Réserve budgétaire</i>			
X	01		
X	01	01	Réserve budgétaire COGESTION
X	01	02	Réserve budgétaire REGIE
			86413.5
Z	Moyens généraux		
Z	01		<i>Frais de personnel</i>
Z	01	01	Assistant technique
			Assistant technique international (1) Coordonnateur VS
			540000
Z	01	02	Assistance technique nationale
Z	01	03	Equipe finance et administration
			Expertise internationale (appui ciblé Finances)
			20250
			3 comptables-vérificateurs (A1) partagé 25%
			33750
			Service logistique & infrastructures & MP Kinshasa (SLA)
			50000
			Service Finances/Logistique/Infrastructures & MP Coord Provinciales (SLA)
			75000
Z	01	04	Equipe technique
Z	01	05	Autres frais de personnel
			Chauffeur (1)
			30600
			Autres frais de personnel (soins médicaux, communication, ...)
			9000
Z	02		<i>Investissements</i>
Z	02	01	Véhicules
			4x4 land cruiser (Tshopo)
			35000
Z	02	02	Equipement bureau
			Equipement bureau ATI Coordination (bureau, table, armoire etc ...)
			3500
Z	02	03	Equipement IT et autres
			Matériel informatique (laptop, imprimante) ATI Coordination
			2000
			Software et logiciels
			1000
			Matériel de support (vidéoprojecteur etc ...)
			2000
			Photocopieuse Bureau Coordination VS
			3686.5
Z	02	04	Aménagements
			Aménagements bureau ATI Coordination
			3500
Z	03		<i>Frais de fonctionnement</i>
Z	03	01	Loyer du bureau
			0
Z	03	02	Services et frais de maintenance
			4500
Z	03	03	Frais de fonctionnement des véhicules
			28800
Z	03	04	Télécommunications
			9000
Z	03	05	Fournitures de bureau, petit matériel, consommables informatiques
			9000
Z	03	06	Missions
			18000
Z	03	07	Frais de représentation et de communication externe
			0
Z	03	08	Formation Staff local
			0
Z	03	09	Frais de SMCL
			15000
Z	03	10	Frais de consultance
			0
Z	03	11	Frais financiers
			12600
Z	03	13	Autres frais de fonctionnement
			0
Z	04		<i>Audit et Suivi et Evaluation</i>
Z	04	01	Frais de suivi et évaluation (partagé)
			40000
Z	04	02	Audit (partagé)
			17100
Z	04	03	Backstopping
			30000
TOTAL			